

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

189

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Suzanne GUÉRIN

Née à Rouen, le 24 juin 1900

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médaille d'honneur des Epidémies

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT THYROÏDIEN

DANS LES CACHEXIES

DES NOURRISSONS

Président : M. NOBÉCOURT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e. ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Suzanne GUÉRIN

Née à Rouen, le 24 juin 1900
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médaille d'honneur des Epidémies

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT THYROÏDIEN

DANS LES CACHEXIES

DES NOURRISSONS

Président : M. NOBÉCOURT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

10, RUE RACINE, 10

1930



DOYEN... M. ROGER.
I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBÉ.
	LEREBoullet.
Hygiène et clinique de la première enfance	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GOUGEROT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques'.	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	TEISSIER.
Clinique des maladies infectieuses	Léon BERNARD.
Clinique de la tuberculose.	DELbet.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	LEGUEU.
Clinique urologique.	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique'.	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique médicale	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique.	BRANCA.
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCC Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.
 OYEUX Parasitologie.

MM.

LABBE (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 LIAN Pathologie médicale.
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale
 RICHET Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE. . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.

LÉRI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . . Clinique chirurgicale
SCHWARTZ. . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY. Stomatologie.
CHAILLEY-BERT Education physique
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ. Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

Professeur de clinique médicale des Enfants
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse et a bien voulu nous accueillir
dans son service et nous aider dans
notre travail.*

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS LAEDERICH

Médecin de l'Hôpital Necker

*Qui a inspiré cette thèse et n'a
cessé de nous donner les marques
de sa bienveillante sollicitude.*

*En témoignage de notre recon-
naissance émue et de notre profonde
affection.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JULES RENAULT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a guidé de ses précieux
conseils et nous a accueilli dans son
service pour notre travail.*

*Hommage de respectueux atta-
chement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. LONGUET

Chirurgien des Hôpitaux de Rouen

A qui nous devons l'aide inestimable qu'il a bien voulu nous apporter dans nos premières années d'études, nous sommes heureux d'adresser ce témoignage d'affection.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE ROUEN

M. LE PROFESSEUR CERNÉ.

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole
de Médecine de Rouen

M. LE PROFESSEUR DÉVÉ

Professeur de Clinique médicale à l'Ecole
de Médecine de Rouen

Qui ont guidé nos deux premières années d'étude, par un enseignement dont nous garderons toujours le souvenir.

Hommage de reconnaissance et de dévouement.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage bénévole :

1922. M. LE PROFESSEUR GUILLAIN

Externat :

1923-1924. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOCQUOT

1924-1925. M. LE PROFESSEUR GUILLAIN

Internat :

1925-1926. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MATHIEU

M. LE DOCTEUR MILHIT

M. LE DOCTEUR GUINON

M. LE DOCTEUR RIVET

1926-1927. M. LE DOCTEUR AVIRAGNET

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-SOLAL

1927-1928. M. LE DOCTEUR LAEDERICH

1928-1929. M. LE DOCTEUR JULES RENAULT

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL MAILLET

Ancien chef de Clinique médicale des Enfants

à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-chef du Centre d'hygiène infantile

(Fondation Paul Parquet)

*Qui a bien voulu nous accueillir
et nous aider de ses conseils.*

A NOS MAÎTRES DE CONFÉRENCE

M. LE DOCTEUR COSTE, médecin des Hôpitaux.

M. LE DOCTEUR FRUCHAUD-BRIN, d'Angers.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT THYROÏDIEN
DANS LES CACHEXIES
DES NOURRISSONS

INTRODUCTION. HISTORIQUE

Nous nous proposons dans ce travail d'exposer les résultats cliniques acquis par les essais de thérapeutique thyroïdienne dans les cachexies des nourrissons. Cette question fut mise à l'ordre du jour en 1926, par les communications de M. le Professeur Nobécourt et Max Lévy. Ces auteurs présentèrent à la Société de Pédiatrie deux cas de nourrissons traités par les injections d'extrait thyroïdien à hautes doses; le bénéfice tiré par ces malades était particulièrement frappant. Neuf observations furent également publiées dans la thèse de M. Max Lévy. De nouveaux exemples, dignes de retenir l'attention, furent présentés l'année suivante par le Professeur Nobécourt, dans une leçon clinique du 17 mars 1927. Depuis, d'autres succès ont été obtenus, qui méritent une mention : c'est le but de notre travail. Nous espérons ainsi, sans dissimuler l'inégale cons-

tance des résultats, insister sur l'intérêt d'une méthode thérapeutique appelée à rendre de grands services, et nous apporterons ainsi une contribution à un chapitre trop souvent décevant de la pathologie du premier âge.

Dès 1910, l'Anglais Simpson publiait des succès obtenus en administrant par la bouche, un à deux centigrammes d'extrait thyroïdien; il observait, chez des nourrissons cachectiques ou hypotrophiques des augmentations de poids qu'aucune autre médication n'avait obtenue. A la même époque, de nombreuses constatations anatomiques décelaient l'altération des glandes endocrines, la thyroïde en particulier, dans les états d'athrepsie.

Les études sur les fonctions de digestion, d'assimilation, d'excrétion dans les cachexies de la première enfance, les recherches, plus récentes, sur le métabolisme basal, permirent de serrer de plus près la question. En admettant même qu'il ne s'agisse que d'insuffisance fonctionnelle, la déficience de ces organes régulateurs de la nutrition et de la croissance justifiait amplement la mise en œuvre de l'opothérapie. Médications thymique, surrénalienne, hypophysaire, thyroïdienne furent tentées, isolément ou associées; l'extrait de pancréas, l'insuline surtout se montrèrent actifs. La médication thyroïdienne, jugée sur l'expérience d'une dizaine d'années, semble rester la plus efficace. Les résultats ont été pour de nombreux cas, pleinement probants, dépassant toute espérance.

La médication fut d'abord administrée par voie buccale. A la Société de Pédiatrie, le 21 février 1922, M. Maillet mentionnait les bons effets obtenus par l'ingestion quotidienne de 1 à 2 centigrammes de corps thyroïde par séries de 10, 15 et 20 jours. Sur 32 malades, 29 avaient repris du poids ; les accroissements pondéraux étaient de 150 à 500 grammes en 8 à 15 jours, de 300 à 500 grammes en 30 jours. Et nous présenterons un certain nombre de malades, très améliorés, voire même transformés à la suite d'ingestion d'extrait thyroïdien. C'est seulement dans ces toutes dernières années, à la suite des travaux du Professeur Nobécourt, que la pratique de l'injection sous-cutanée est apparue. Comme nous le verrons, ces deux méthodes ont chacune leur posologie et leurs indications, et nous nous efforcerons de les déterminer.

Nous avons limité notre étude aux cachexies d'origine alimentaire et digestive, à l'exclusion, dans la mesure du possible, des cas où l'hérédo-syphilis domine l'étiologie.

Il est maintenant classique de considérer que l'opothérapie est un adjuvant souvent nécessaire au traitement des hérédo-syphilitiques. Il est bien connu que bon nombre de ces petits malades, qui semblaient réfractaires au traitement mercuriel ou arsenical, s'améliorent à partir du moment où l'association de l'opothérapie a été mise en jeu, et où « le seuil infranchissable » a pu être dépassé.

Au centre d'hygiène infantile de la Fondation

Paul Parquet, où nous avons pu recueillir quelques-unes de nos données comparatives, M. Maillet, associe d'une manière presque systématique la médication thyroïdienne par voie buccale, au traitement spécifique. Ces données ont été exposées dans une thèse récente ; nous ne faisons que les rappeler (1).

Nous n'aurons pas en vue, également, les cas d'hypothyroïdie clinique ou de myxœdème fruste ni les cas de simple retard de croissance ou de développement intellectuel chez l'enfant ayant dépassé la première année. L'amélioration de ces malades par la thérapeutique mono ou pluriglandulaire est un fait reconnu de tous. La mise en œuvre de cette thérapeutique est désormais entrée dans la pratique courante. Les observations que nous présenterons, concerneront des nourrissons de quelques jours, à dix ou douze mois, qui par fautes alimentaires, manque de soins, sevrage prématuré, sont arrivés à un état de cachexie sévère, dont le pronostic est des plus réservés, cas courant de pratique hospitalière, problème social autant que médical. Dans l'état précaire où l'enfant est amené, les moyens thérapeutiques, la mise en œuvre d'une diététique rationnelle sont bien souvent impuissants. Des épisodes aigus viennent aggraver les troubles digestifs, une infection se greffe, qui compromet définitivement les chances de guérison. L'athrepsie se confirme et

1. Cf. thèse Lichtenberger, Paris, 1927.

l'enfant périt, victime des fautes qui ont été accumulées dans les premières semaines.

Il est très délicat de distinguer l'athrepsie vraie de la simple inanition, curable par une diététique appropriée. Il y a également des athrepsiques qui guérissent, et il est difficile, cliniquement, de déceler quels sont les cas qui vont être favorables ; on pourra objecter que nos cas heureux étaient de ceux-ci ; nous espérons démontrer qu'une aide efficace leur aura été donnée, qui aura augmenté leurs chances de survie.

Nous exposerons d'abord les résultats obtenus par la méthode des injections pratiquées à hautes doses. Nous discuterons ces faits, analyserons les causes d'erreur, et systématiserons les résultats.

Nous ne dissimulerons pas nos cas d'insuccès, et en présenterons les observations.

Nous mettrons également en lumière les inconvénients de la méthode.

Ces données permettront de rappeler les résultats obtenus par la thérapeutique thyroïdienne administrée par voie buccale.

Nous serons ainsi fondés à comparer les deux modes de thérapeutique, à en proposer les indications réciproques, et à en rappeler la posologie.

Notre étude étant purement clinique, nous nous bornerons à une brève analyse des données anatomopathologiques et pathogéniques qui touchent la question.

ANATOMIES PATHOLOGIQUES ET PATHOGÉNIE

L'anatomie pathologique des lésions de l'athrepsie est à l'heure actuelle une question controversée. Si l'on veut pénétrer l'histophysiologie pathologique de cet état de dénutrition il faudra recourir à des techniques permettant la fixation des tissus à l'état vivant. Peut-être même, ne pourra-t-on déceler aucune lésion, au sein d'organes dont les cellules manifestent une déficience fonctionnelle aussi profonde.

Jusqu'à maintenant, c'est du seul examen anatomique des athrepsiques qu'on a pu tirer des notions intéressantes.

D'après les travaux de **Tompson, de Lucien, d'Alezais et Mattei**, il ressort que les glandes vasculaires sanguines offrent les lésions les plus constantes et les plus marquées. Les capsules surrénales, le thymus, le corps thyroïde, les parathyroïdes, l'ovaire sont atrophiés, et leurs éléments glandulaires présentent des lésions dégénératives.

Les lésions de la thyroïde nous retiennent particulièrement (1). « L'organe est petit, rougeâtre, de

1. Cf. Alezais et Mattei, *L'atrophie thyroïdienne chez les athrepsiques*. Réunion biologique de Marseille, in C. R. de la Société de Biologie, LXXV, p. 667.

consistance très ferme, fibreuse. Son poids qui, à l'état normal, atteint 3 grammes, à l'âge où ont été faites nos observations, ne dépasse pas au maximum 1 gr.60. La glande représente alors la $1/2.379$ partie du poids du corps au lieu de la $1/1666$, la perte de poids de la thyroïde est de 45 à 70 %.

« Les vésicules thyroïdiennes représentent des lésions dégénératives aux différents stades. »

Les lésions constatées peuvent se résumer ainsi :
Destruction épithéliale et colloïde.

Hyperplasie conjonctive qui ne paraît pas d'origine inflammatoire mais a plutôt l'aspect d'une sclérose dystrophique.

Mais ces constatations, dont l'intérêt est indéniable, ne sont pas considérées comme concluantes, à l'heure actuelle.

Ainsi en est-il des recherches sur le métabolisme basal, qui ont cependant permis avec Fouet d'apporter un test à l'état d'athrepsie confirmée.

On est cependant en droit de penser que l'insuffisance fonctionnelle de la thyroïde jouera un rôle, qui pourra devenir primordial, à un moment donné, chez certains malades. Des constatations cliniques renouvelées viennent à l'appui de cette hypothèse.

Le mécanisme par lequel agit cette thérapeutique reste également un point obscur. On est tenté d'envisager, avec le Professeur Nobécourt, que l'extrait thyroïdien exerce une action régulatrice sur le métabolisme de l'eau.

L'effet peut sembler paradoxal, quand on voit la

fonte rapide des tissus obtenue par le traitement thyroïdien chez les myxœdémateux. Mais on pourrait considérer que l'organisme, dans ces états de déséquilibre hydrique, est aidé provisoirement par l'extrait thyroïdien, comme si celui-ci agissait à la façon d'un catalyseur, exerçant son action en plus ou en moins sur les phénomènes d'hydratation cellulaire. Action qui est peut-être directe, par une diastase propre à l'extrait thyroïdien, ou indirecte sur les trophozymases.

Tout se passe comme si ces malades, essentiellement « hydrolabiles » dont les cellules sont en imminence de mort fonctionnelle, retrouvaient la possibilité de renverser au profit des phénomènes d'assimilation, la balance des échanges nutritifs, comme si les tissus, atteints par la « cachexie sèche progressive » retrouvaient la possibilité de s'hydrater.

Ainsi pourraient s'expliquer les augmentations de poids considérables qui sont enregistrées parfois journellement et on sait que pour un accroissement pondéral de 100 grammes le nourrisson a fixé 70 grammes d'eau.

L'hypothèse est séduisante et concordante avec les données de la clinique.

CHAPITRE PREMIER

RÉSULTATS CLINIQUES DE LA MÉTHODE PAR VOIE HYPODERMIQUE

Nous distinguerons dans ce chapitre trois groupes de faits :

I. Nous exposerons d'abord les résultats obtenus dans certains cas d'athrepsie et d'hypothrepsie (obs. I à IV).

II. Dans un deuxième groupe nous aurons en vue des cas d'hypotrophie grave, chez des nourrissons ayant dépassé les 3 premiers mois (obs. V à XI).

III. Dans un troisième groupe, nous présenterons des cas de cachexie rapide, consécutive à des accidents aigus, cas que nous ne saurions assimiler à l'athrepsie (obs. XII à XVIII).

I. Les observations de notre premier groupe, concernent toutes des enfants de condition misérable, sevrés prématurément, et souvent mis en nourrice, qui ont été dès le début de leur vie, dans de mauvaises conditions hygiéniques et alimentaires. Certains même supportent le poids d'une hérédité chargée, alcoolisme, tuberculose.

Tantôt c'est un nourrisson de quelques semaines,

qui, aussitôt ou après le sevrage (car, à moins de rares exceptions, la mère, accouchée à l'hôpital, a nourri dix à quinze jours son enfant) ont commencé à présenter des troubles digestifs : diarrhée liquide et glaireuse, selles fétides, vomissements. Les fautes alimentaires ont pu aggraver son cas, hyper ou hypo-alimentation. On a essayé de modifier le régime, de donner un autre lait, d'améliorer les troubles par une médication adjuvante ; et ces essais n'ont rien enrayé. L'état général de l'enfant s'est mis à décliner ; des poussées thermiques sont apparues, accompagnées de désordres gastro-intestinaux. L'enfant est amené, souvent à l'occasion d'une complication : diarrhée verte, otite ou broncho-pneumonie, ou seulement parce que la cachexie est déjà menaçante. Ces nourrissons sont, déjà dans un état extrêmement précaire, admis dans un service hospitalier. Il est fréquent qu'ils évoluent irrémédiablement vers l'athrepsie. Après des alternatives de mieux et de pire, de période où la courbe de poids marque une tendance légère à remonter, suivie de chutes rapides et considérables, on voit en trois à six semaines ces nourrissons se cachectiser définitivement, malgré parfois une amélioration apparente des troubles digestifs.

Dans certains de ces cas, nous avons observé une amélioration à la suite d'injections de hautes doses d'extrait thyroïdien, alors que la situation semblait désespérée.

Les petits malades correspondant à nos six pre-

mières observations, étaient des hypothyroïdiques du second degré, amenés rapidement à la cachexie par les troubles digestifs du sevrage. Ces enfants, confiés assez précocement à des soins médicaux, l'un d'eux recevait même une tétée de lait de femme, ne présentaient aucune tendance à l'amélioration.

La courbe de poids était stationnaire ou descendante, l'état squelettique avec fonte totale du pannicule adipeux, ils semblaient avoir dépassé le stade où les phénomènes de désintégration l'emportent sur les phénomènes d'assimilation. L'évolution de leur cachexie répondait à la description classique. « Au début, les acquisitions s'amoindrissent, puis s'arrêtent. Alors les tissus protéiques et les graisses elles-mêmes sont brûlés. Pour vivre l'individu se consume ; et le terme de l'existence est la limite même de l'autophagie ».

II. Notre deuxième série d'exemples comprendra des cas de nourrissons, un peu plus âgés, de quatre à dix mois. Enfants doués d'une existence plus grande qui ont pu franchir la période la plus difficile, ce sont des hypotrophiques chez lesquels le retard pondéral l'emporte en général de beaucoup sur le retard statural. Ils présentent cependant des troubles graves de la nutrition ; selon le degré qu'ils ont atteint, le pannicule adipeux est partiellement, ou totalement disparu, leur faciès simiesque est d'autant plus grimaçant que ces enfants plus âgés commencent à s'éveiller, que leurs traits sont plus mo-

biles, leur regard plus attentif. Au point de vue du développement du squelette le retard est manifeste ; ébauche de rachitisme, pas de dents, un début de chapelet costal.

Dans une autre catégorie se rangeront les cas où l'hypotrophie est légère, mais où la courbe de poids est stationnaire, l'appétit nul, le développement intellectuel retardataire, les mouvements rares, la tonicité musculaire très inférieure à la normale. L'adjonction d'une bouillie, les stimulants habituels n'ont rien amené. L'enfant est atone, indifférent, sans vie.

Dans la grande majorité de ces cas d'hypotrophie plus ou moins accusée, les résultats de la thérapeutique thyroïdienne ont été rapides et d'une netteté absolue. La transformation opérée, les augmentations de poids qui ont suivi sont indiscutables.

III. Enfin nous présenterons dans un troisième groupe quelques observations, où l'extrait thyroïdien fut employé à la défervescence d'accidents aigus. A cette période où l'organisme du nourrisson semble au bout de sa résistance, la déshydratation est impressionnante, l'enfant inerte, épuisé, n'a plus la force de boire ; il semble ne pouvoir faire les frais de sa convalescence. Hypotrophiques légers ou graves, ces enfants sont terrassés par un épisode aigu comme il est fréquent d'en observer chez des nourrissons qui ont déjà séjourné quelques semaines à l'hôpital, ou qui ont été victimes au dehors d'une faute alimentaire. Il est de pratique courante de

voir avec quelle peine, quelques-uns de ces enfants, très déshydratés peuvent remonter la pente, et combien souvent, au contraire, l'état de dénutrition s'installe. Les troubles digestifs traînent, les complications infectieuses s'ajoutent, la cachexie s'installe définitivement. Dans ces cas, l'effet stimulant et merveilleusement tonique de l'extrait thyroïdien fut manifeste : en quelques jours, l'appétit était réapparu, le gain pondéral journalier pouvait être considérable, l'enfant semblait avoir repris un équilibre nutritif, les acquisitions étaient redevenues possibles.

PREMIER GROUPE

OBSERVATION I

(Clinique des Enfants-Malades) A. 7.234.

R... Renée, entre à la salle Husson le 31 octobre, âgée de 3 mois, née le 2 août 1925 à terme. Accouchement normal. Poids de naissance 3 k. 070.

Enfant bien constituée à la naissance. On ne relève rien d'anormal dans les antécédents héréditaires.

L'enfant fut nourrie au sein pendant onze jours puis mise en nourrice, on lui donna du lait de vache coupé d'eau ; dès l'âge de trois semaines le bébé parut mal supporter l'allaitement artificiel, elle présenta de la diarrhée verte et des vomissements, ces troubles n'ont pas cédé ; l'enfant dépérissant de façon marquée on l'amène à l'hôpital.

A son entrée. Poids 2.250 gr. inférieur de 550 gr. à son poids de naissance. Taille 0 m. 49. Retard statural, en même

temps que pondéral. Enfant cachectique, hypothrepsique du second degré. L'examen somatique est négatif, pas de lésions osseuses, pas de signes de spécificité viscérale. Cuti-réaction négative. B.-W. négatif. Pas de température.

L'enfant est soumise à la diététique habituelle, les selles s'améliorent, les vomissements s'espacent. On donne du lait coupé de moitié d'eau de chaux, qui paraît bien toléré ; mais l'enfant n'a aucun appétit et paraît très fatiguée. Malgré la sédation des troubles gastro-intestinaux, l'état général ne s'améliore pas, le poids n'augmente pas.

Le 10 novembre P. : 2.550 gr.

On décide de soumettre l'enfant au traitement thyroïdien.

Le 11 novembre, elle reçoit une injection sous-cutanée de cinq centigrammes d'extrait. On répète cette injection tous les jours pendant une semaine, la semaine suivante l'enfant reçoit, chaque jour également dix centigrammes d'extrait thyroïdien.

Immédiatement, l'appétit apparaît et sans modification du régime alimentaire (la ration est maintenue très minime, huit tétées de 50 gr. de lait plus 25 gr. d'eau de chaux) le poids augmente.

15 novembre		2.630 gr.
21	—	2.710 gr.
25	—	2.790 gr.
29	—	2.900 gr.

Depuis le début du traitement, le gain pondéral est de 350 gr. en 18 jours. L'enfant est plus vive, plus éveillée, elle boit de bon appétit, ses troubles digestifs sont enrayés, son état général est transformé.

Bon résultat.

OBSERVATION II

(Clinique des Enfants-Malades) A. 8.385.

R... Yves, entre à la salle Husson, âgé de 3 mois le 14 septembre, né le 15 juin 1928, pesant 3.190 gr.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

L'accouchement fut normal. L'enfant fut nourri pendant un mois au sein, puis mis au lait concentré, car on désirait le placer en nourrice. Il ne tarda pas à présenter de la diarrhée et des vomissements. On modifia à diverses reprises son mode d'alimentation, sans succès, l'enfant se mit à dépérir de façon marquée.

Il est amené le 14 septembre à l'hôpital, âgé de 3 mois, pesant 3.200. Poids égal au poids de naissance.

La peau est sèche, ayant perdu toute élasticité, l'amaigrissement extrême, le pannicule adipeux est totalement disparu, l'enfant est un athrepsique. Pas de signes de rachitisme, ni d'hérédosyphilis. Wassermann négatif, cuti-réaction négative.

L'enfant présente des selles vertes liquides, au nombre de deux ou trois par jour et des vomissements, il rejette même l'eau sucrée. Pas de température.

Sous l'effet du régime (babeurre, eau de chaux) les selles s'améliorent, les vomissements s'espacent; on ajoute une cuillerée à café de lait condensé dans chaque biberon, le lait est bien toléré. Pendant huit jours l'enfant reçoit, quotidiennement, une injection sous-cutanée de 40 cmc. de sérum glucosé.

Cependant l'état général ne s'améliore pas, l'enfant boi

mal, le poids ne s'accroît que très lentement, le 28 septembre 3.320 gr.

On décide de soumettre l'enfant au traitement thyroïdien.

L'enfant reçoit une première série, 10 injections de 0 gr. 10, une chaque jour. Après ces dix jours, le poids atteint 3.600 gr. l'appétit est meilleur, l'enfant est plus vif. On interrompt pendant huit jours, le poids fléchit légèrement, on reprend une deuxième série dans les mêmes conditions que la première, le poids atteint 3.740 gr. Les selles sont jaunes, normales, les vomissements ont disparu. L'enfant, très amélioré, quitte l'hôpital le 9 novembre pour la pouponnière de Montreuil. L'accroissement pondéral est de 540 gr.

Très bon résultat.

OBSERVATION III

(Due à M. le Dr Janet, Centre de Chaumont-en-Vexin).

C... Suzanne, née le 4 décembre 1927 à terme. Poids de naissance 4 kgr., entrée le 5 janvier, à l'âge d'un mois aux Enfants-Malades pour une adénite inguinale, incisée le 6 janvier 1928. Allaitement artificiel, lait Dryco (la mère était morte des suites de l'accouchement).

Père bien portant, cinq frères et sœurs, bien portants.

Après la cicatrisation de l'abcès, l'enfant est envoyée au dispensaire de Chaumont-en-Vexin, âgée de un mois et demi. Poids 3.370 gr. L'enfant est très pâle et amaigrie, on a beaucoup de peine à lui faire prendre ses biberons, elle vomit à chaque tétée, elle est inerte dans son lit, respirant faiblement.

On tente un changement de régime qui est sans effet sur les vomissements, le lait sec est remplacé par le lait condensé, puis repris, puis laissé de nouveau on donne dans la journée une tétée de lait de femme qui n'est pas mieux toléré.

Le poids progresse très lentement et l'enfant ne semble pas s'éveiller, elle reste inerte et misérable sur son oreiller.

Le 15 mars, à l'âge de trois mois et demi, le poids est de 3 800 gr. inférieur de 200 gr. au poids de naissance.

Le 16 mars, on commence le traitement thyroïdien par injections, 0 gr. 10 dès la première injection.

On est obligé d'interrompre le traitement après la seconde injection, l'enfant ayant fait dans la journée, une poussée de température.

Le 21 mars, on reprend le traitement et on le continue les quatre jours suivants. Dès ce moment les progrès sont apparents, l'enfant boit avec appétit, ne vomit plus, cherche à s'amuser ; le teint est moins blanc, l'œil est plus vif, la peau est moins froide. Le poids augmente.

Le 2 avril, deuxième série de 10 injections.

Le 23 avril, troisième série de 10 injections.

L'enfant est absolument transformée, la tolérance stomacale est parfaite, l'enfant est vive, bien éveillée, le poids augmente régulièrement.

le 2 mai P..... 4.720 gr.

L'accroissement pondéral a été de 920 gr. depuis le début du traitement.

Très bon résultat.

OBSERVATION IV

(Crèche du D^r Jules Renault. Hôpital Saint-Louis).

D... Michel, né le 15 août 1929, à terme, accouchement normal, poids de naissance 3.700 gr., enfant normalement constitué de parents bien portants, deux frères et sœurs bien portants, nourri 15 jours au sein. L'enfant progresse normalement, il est sevré et envoyé en nourrice. Dès le début du sevrage il présente des vomissements et de la diarrhée ; on tente successivement le lait de vache coupé et le lait Dryco, les troubles persistent. Le bébé est amené le 8 novembre à l'hôpital dans un état grave. Poids 3.260 gr. inférieur de 440 gr. à son poids de naissance. L'enfant est âgé de cinq mois. Il a l'aspect de l'athrepsique, la pâleur des téguments, la fonte totale du pannicule adipeux, le facies du petit vieillard. Son regard marque encore une certaine vivacité.

Sans température il présente une diarrhée verte, très liquide, sept à huit selles par jour, pas de vomissements. On instaure le régime habituel, eau sucrée puis eau de riz. Injection sous-cutanée quotidienne de 50 cmc. de sérum physiologique. Pendant les deux premiers jours sous l'influence de cette diarrhée abondante le poids tombe de 3.260 gr à 2.900 gr. L'état de l'enfant est désespéré.

On pratique le 10 novembre une première injection d'extrait thyroïdien (0 gr. 05). On maintient cette thérapeutique pendant dix jours, dès le début du traitement l'amélioration se manifeste, l'appétit apparaît, les selles deviennent jaunes et moins abondantes. La perte de poids se répare.

10 novembre		2.900 gr.
13	— 3.125 gr.	
16	— 3.200 gr.	
18	— 3.310 gr.	

On cesse le traitement au bout de dix injections le 20 novembre avec un poids de 3.325 gr., l'enfant paraît avoir bénéficié largement de cette première série. Il boit avec appétit, ses selles sont normales. Cependant cette amélioration ne se maintient pas. Du 20 au 30 novembre on enregistre une chute de poids légère, une reprise de l'anorexie, au 30 novembre le poids est de 3.100 gr. La cachexie s'accuse.

On reprend une deuxième série d'extrait thyroïdien dans la même condition que la première, qui cette fois se montre inopérante. Sans réapparition des troubles gastro-intestinaux aigus, l'état général va déclinant, c'est le tableau de l'athrepsie confirmée. Mort le 10 décembre avec un poids de 2.800 gr.

Résultat nul.

DEUXIÈME GROUPE

OBSERVATION V

(Due à M. le Dr Janet. Centre de Chaumont-en-Vexin).

M. Georges, né le 10 octobre 1926 à terme, Poids de naissance : 3.250 gr. L'enfant est mis en nourrice dès sa naissance.

Il entre aux Enfants-Malades, le 2 janvier 1927, à l'âge de 2 mois 1/2 pour diarrhée : l'enfant présente des troubles digestifs graves.

On instaure la diététique habituelle à laquelle la diarrhée verte est rebelle : la cachexie s'affirme, le poids s'abaisse. Le 19 janvier, l'enfant pèse 2.840 gr.

A ce moment on commence une série d'injections d'extrait thyroïdien : le poids remonte d'abord à 3.070 gr., mais redescend à 2.840 gr. après la cessation du traitement. L'enfant tombe alors dans un état très précaire, les troubles digestifs n'ont pas cédé, le pronostic semble fatal.

La diarrhée persistant, on donne successivement : eau de riz, lait sec, babeurre, lait condensé. Ce dernier semble être le mieux toléré.

Le 9 février, on commence une deuxième série d'extrait thyroïdien : le poids remonte à 3.000 gr., et surtout, l'état général semble s'améliorer ; l'enfant boit mieux ; l'augmentation de poids se maintient.

Le 16 mars, le petit malade quitte l'hôpital pour le centre de Chaumont-en-Vexin. Il a 5 mois. Son poids est de 3.835 gr.

Dès les premiers jours, il présente de la température et des vomissements. On lui donne sans succès du lait de femme. Il recommence à maigrir ; en dix jours, son poids tombe à 3.410 gr.

Le 29 mars, on reprend le traitement thyroïdien, par voie buccale : 0 gr. 01 une fois par jour, pendant 10 jours. Le poids remonte très doucement ; mais les troubles digestifs ne s'amendent pas.

Le 12 avril, son poids est de 3.580 gr. On reprend une série d'injections d'extrait thyroïdien. A la dixième injection le poids est de 3.780 gr. (soit une augmentation de 200 gr. en 10 jours).

Puis on laisse l'enfant au repos pendant 10 jours, pendant lesquels le poids est stationnaire, avec une tendance à s'abaisser.

Le 3 mai, on reprend le traitement, à la fin duquel le poids marque un accroissement notable :

3 mai.....	3.765 gr.
13 mai.....	4.155 gr.

Après une deuxième période de 10 jours de repos, on essaye d'entreprendre une nouvelle série d'injections. A ce moment, le poids est de 4.430 gr., mais, l'enfant présentant de l'agitation, on cesse le traitement.

On laisse l'enfant complètement au repos pendant trois mois. L'état général est assez satisfaisant, mais la croissance est lente.

Le 2 septembre 1927, on reprend le traitement par voie buccale : l'accroissement est insensible.

Le 24 octobre, l'enfant pesant 6 kilos, on recommence une série d'injections. A la fin du traitement, le poids s'est accru et est passé à 6.470 gr.

Le 25 novembre, une nouvelle série d'injections est faite. Le poids atteint 7 kilos.

Le 26 décembre, une dernière série est entreprise. A la fin, le poids est 7.320 gr.

Depuis, l'augmentation de poids de l'enfant a été appréciable.

25 janvier 1928.....	7.800 gr.
27 février 1928	8.570 gr.

L'enfant a eu sa première dent à 14 mois et a marché à 18 mois. Bon résultat.

Nous reviendrons sur l'intérêt de cette longue observation quand nous comparerons la méthode par voie buccale avec la méthode par voie hypodermique.

OBSERVATION VI

(Ancienne crèche des Enfants-Malades.

Service du D^r Aviragnet).

J. Pierre, né le 26 février 1929, à terme ; accouchement normal. Poids de naissance 3.750 gr. Enfant normalement constitué Entré à l'hôpital le 17 mai 1929 avec un poids de 3.780 gr. Cet enfant âgé de trois mois a un poids supérieur de 30 grammes à son poids de naissance. Il est atteint de diarrhée verte sans fièvre. Hypothrepsique du deuxième degré. Ventre ballonné. Fontanelles déprimées.

L'enfant est mis d'abord à l'eau sucrée et au babeurre. La tolérance stomacale est excellente mais les selles ne s'améliorent pas, elles sont au nombre de trois à quatre par jour, vertes et glaireuses. L'état reste apyrétique, le poids reste stationnaire puis progresse légèrement à partir du 1^{er} juin ; à ce moment les selles étant plus jaunes, on modifie le régime : 3 biberons de babeurre, 3 de bouillie maltée avec 2 cuillerées à café de lait condensé.

L'accroissement pondéral est très lent malgré la sédation des troubles digestifs.

10 juin..... 3.840 gr.

20 juin 3.860 gr.

L'état de l'enfant se maintient absolument inchangé malgré l'absence de diarrhée pendant tout le mois de juin et juillet.

Poids le 15 juillet..... 3.900 gr.

Poids le 15 août..... 3.840 gr.

Le 20 août un épisode infectieux se dessine : otite suppurée à gauche avec élévation thermique à 40°. L'enfant se cachectise, reste inerte, a perdu tout appétit ; les selles sont toujours normales.

Le 20 septembre, avec un poids de 3.660 gr., une série d'extrait thyroïdien est commencée par le Dr Janet, remplaçant alors le Dr Aviragnet, l'effet stimulant est net l'enfant reprend de l'appétit, le poids augmente légèrement.

24 septembre..... 3.730 gr.

27 septembre..... 3.850 gr.

1^{er} octobre 3.880 gr.

On interrompt la série, le poids reste stationnaire, pour subir un nouvel accroissement du 10 au 13 octobre : 4.100 gr. sans reprise du traitement thyroïdien, mais à ce moment la fièvre s'élève légèrement à 38° en même temps qu'apparaissent des vomissements et de la diarrhée verte. Tout le gain de la période précédente se trouve perdu, la cachexie va s'accéléralant et l'enfant meurt présentant un épisode broncho-pneumonique terminal le 10 novembre, âgé de 8 mois 1/2, avec un poids de 3.840 gr.

Résultat nul.

OBSERVATION VII

(Ancienne crèche des Enfants-Malades.

Service du Dr Aviragnet).

R. Denise, née à terme le 20 février 1929. Nourrie au sein pendant deux mois, puis mise en nourrice où elle a reçu du lait de vache. Au bout d'un mois l'enfant est rendu à sa mère pour de la diarrhée.

Antécédents héréditaires normaux. Poids de naissance 3 kilos 450.

Entre à l'hôpital âgée de trois mois, le 27 mai 1929, pesant 3 kilos 500, atteinte de diarrhée verte non fébrile. Hypothrepsique du premier degré, la diarrhée verte cède au bout de quelques jours à la diététique habituelle. Le poids reste stationnaire, puis marque une tendance à la diminution bien qu'on alimente normalement l'enfant et que les troubles digestifs soient peu importants. La courbe thermique est irrégulière en particulier au mois de juillet où les clochers coïncident avec des selles vertes glaireuses, malgré un régime très sévère (kéfir, bouillie maltée).

La courbe pondérale faiblit progressivement ; à l'âge de cinq mois, le 15 août, le poids est de 3.200 gr. ; l'état cachectique se maintient sans gros troubles digestifs. La chute pondérale s'accuse, le 8 septembre le poids est de 2.930 gr. L'enfant est au plus mal. On tente ce jour une série d'injections d'extrait thyroïdien ; étant donné l'état désespéré du bébé, on pratique d'abord un quart d'ampoule, puis une demi, puis une entière. Un léger mieux semble s'affirmer avec une légère augmentation.

10 septembre	3.060 gr.
14 —	3.080 gr.
20 —	3.120 gr.
24 —	3.170 gr.

Mais des oscillations fébriles paraissent à nouveau, la chute de poids recommence. Cette cachexie progressive est irrémédiable, s'affirmant sans que les troubles digestifs semblent l'expliquer. Une deuxième série d'extrait se montre inopérante; l'enfant est moribonde; décès le 6 octobre avec un poids de 2.600 gr. à l'âge de sept mois.

Résultat nul.

OBSERVATION VIII

(Clinique des Enfants-Malades). A. 8.767.

G... Marcel, né le 8 juin 1929. Poids de naissance : 2 kgr. 680. Accouchement normal à terme.

L'enfant a été nourri au sein jusqu'à l'âge de 10 jours, puis ensuite au lait de vache mais il était mal réglé.

Il n'y a rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Il est amené à l'hôpital le 6 septembre 1929, âgé de 3 mois. Il mesure 0 m. 52 et pèse 3 kgr. 460. Il est hypotrepsique ; la fontanelle antérieure est très large, il y a chevauchement des sutures, pas de cranio-tabès, ni de signes de rachitisme, mais l'enfant est d'une grande pâleur, il a un gros ventre dyspeptique, son facies est vieillot, son regard terne, pas d'éveil de l'intelligence. Le foie et la rate sont normaux. L'état de la peau est normal. B.-W et cuti-réaction négatifs.

Il entre pour de la diarrhée, ses selles au nombre de 3 à 4 par jour, sont jaunes, granuleuses, liquides et fétides. Pas de vomissements, pas de fièvre.

Malgré le régime instauré : eau sucrée, babeurre, puis bouillies maltées, la diarrhée persiste, on ajoute alors du gélétanin qui n'amène pas d'amélioration. Des vomissements apparaissent. L'enfant présente de faibles oscillations thermiques passagères (38°-38°5) puis la température retombe à la normale. Mais l'état général ne s'améliore pas. Après un accroissement notable, 3.720 gr. le 25 septembre (20 jours après son entrée), le poids retombe à 3.460 gr. le 1^{er} octobre. L'enfant est très fatigué, n'a aucun appétit. Ses selles sont liquides et très fétides. L'état général continue à décliner. Le poids, d'abord stationnaire, s'abaisse.

On essaie successivement : bouillies maltées, babeurre, kéfir, sans amener d'amélioration.

Le 9 octobre, on commence les injections d'extrait thyroïdien. La première série n'amène aucune amélioration. Les troubles gastro-intestinaux persistent. L'enfant présente, au cours du traitement, plusieurs vomissements, et le 16 octobre survient un épisode aigu : élévation thermique à 39°5. Selles vertes. Deux vomissements. Perte de poids de 250 gr. qui fait tomber celui-ci brusquement à 3 000 gr. ; on interrompt la série après six injections.

L'enfant reçoit alors des injections de sérum glucosé ; on lui donne de l'eau de riz. Puis on reprend l'alimentation avec du lait sec.

Cet épisode aigu n'est que passager : la température retombe à la normale, le poids remonte à 3.190 gr. le 21 octobre, à 3.240 gr. le 23, mais les selles restent liquides et granuleuses. Les vomissements deviennent plus rares.

Le 28 octobre, on tente une deuxième série d'injections. A ce moment, l'enfant pèse 3.240 gr. L'état de l'enfant semble

s'améliorer, l'appétit est meilleur, les selles sont mieux digérées. Le poids s'élève :

29 octobre.....	3.390 gr.
31 octobre.....	3.420 gr.
4 novembre.....	3.480 gr.
10 novembre.....	3.560 gr.

Les vomissements ont disparu. Les selles sont légèrement améliorées.

On soumet l'enfant à une période de repos du 9 au 22 novembre, après quoi, on reprend une série d'injections, avec un poids de début de 3.880 gr.

L'enfant présente à nouveau, les 24, 25, 26 novembre une élévation thermique à 39° et 40°, mais sans aggravation de la diarrhée, et sans vomissements. L'augmentation du poids est moins sensible qu'au cours de la 2^e série ; le 4 décembre, le poids est de 3.950 gr. mais les troubles digestifs sont bien améliorés.

L'enfant quitte l'hôpital le 8 décembre, avec un poids de 4 kgr.

Résultat incertain.

OBSERVATION IX

(Crèche du Dr Jules Renault. Hôpital Saint-Louis).

M... Henri né le 10 mai 1929. Poids de naissance 3.500 gr. Né à terme, accouchement normal, on ne remarque rien de particulier dans les antécédents héréditaires. L'enfant a reçu le biberon dès la naissance, lait ordinaire puis lait Dyco ; il a toujours manqué d'appétit, vomissant fréquemment quand on insistait pour faire prendre le biberon, sans pré-

senter de troubles digestifs graves, il a toujours eu une croissance très lente. Un médecin consulté quand il avait trois mois, avait ordonné des séances de rayons ultra-violets, qui n'avaient pas amené d'amélioration.

Le petit malade entre à l'hôpital Saint-Louis le 19 octobre âgé de cinq mois et demi, pesant 4.850 gr. Pas de fièvre. C'est un enfant menu hypotrophique, le ventre est mou, flasque, le pannicule adipeux est seulement aminci sur les membres et le tronc, les chairs n'ont aucune fermeté, la peau est pâle, la fontanelle antérieure largement ouverte et déprimée. Pas de stigmates d'hérédosyphilis, B.-W. négatif, cuti-réaction négative.

L'enfant est en effet un anorexique et un vomisseur, il ne boit pas la moitié de son biberon (125 gr. de lait Dyco), il rejette toujours quelques gorgées, les selles sont fétides, assez bien liées, jaunes un peu pâle une à deux par jour. On prescrit de l'eau de Bourget qui n'amène pas d'amélioration. On donne du lait stérilisé au lieu de lait Dyco, l'appétit n'est pas meilleur, le poids reste stationnaire, 10 jours après l'entrée 4.900 gr.

Plus encore que son manque d'appétit l'atonie de l'enfant est remarquable, il reste inerte dans son berceau, le regard vague, ne sourit pas, ne cherche pas à lever la tête, comme un enfant de son âge.

On commence le 30 octobre les injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien : 0,05 le premier jour, l'enfant présente ce jour là deux selles très molles, on donne le lendemain deux biberons d'eau de riz, puis cette légère diarrhée paraissant enrayée, on continue la série des injections, en atteignant 0 gr. 10 dès le troisième jour. Très rapidement l'amé-

lioration se manifeste, d'abord l'appétit apparaît, l'enfant boit volontiers et ne vomit plus. Cette transformation s'établit véritablement du jour au lendemain, le poids commence à s'élever dès le troisième jour :

1 ^{er} novembre.....	5.000 gr.
3 novembre.....	5.100 gr.
6 novembre.....	5.200 gr.
8 novembre.....	5.250 gr.

L'action stimulante est indéniable, l'enfant a gagné 350 gr. dans la durée du traitement, les vomissements ont totalement disparu et les progrès psychiques commencent à être nets : le bébé sourit, lève la tête, s'intéresse à ce qui l'entoure.

L'enfant quitte le service pour la Fondation Parquet où ses progrès se maintiennent.

Bon résultat.

OBSERVATION X

(Crèche du D^r Jules Renault. Hôpital Saint-Louis).

Th... Jean, né le 8 février 1929 pesant 3 kgr. Accouchement normal. L'enfant fut nourri onze jours au sein, puis mis en nourrice. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Cuti-réaction négative, B.-W. négatif. Depuis sa naissance a présenté des troubles digestifs qui ont entravé sa croissance.

Le petit malade est reçu le 2 octobre à la Crèche de l'Hôpital Saint-Louis âgé de huit mois, pesant 4.425 gr. taille 65 cm. Le retard pondéral est beaucoup plus appréciable que le retard statural mais l'enfant est dans un état de

cachexie grave ; disparition totale du pannicule adipeux sur les membres et le tronc, facies simiesque, pâleur extrême, teinte grise des téguments, fontanelle largement ouverte et déprimée, pas de signes de rachitisme, foie normal, rate non perceptible, téguments en bon état. Pas de température. L'enfant présente une diarrhée jaune liquide, très fétide. On instaure la diététique habituelle et on prescrit une injection quotidienne de 100 cc. de sérum physiologique. L'enfant ne vomit pas, mais n'a aucun appétit, la diarrhée persiste et s'aggrave quand on tente de redonner du lait. Tous ces troubles évoluent sans fièvre.

Le 15 octobre l'enfant pèse 4.000 gr. ayant perdu 425 gr. sur le poids d'admission, son état est grave, il paraît extrêmement fatigué, il a journellement 4 ou 5 selles très liquides et fétides, il ne finit aucun de ses biberons (150 gr. eau de riz avec deux cuillerées à café de lait concentré). On a repris les injections de sérum physiologiques qui n'entraînent pas la chute de poids.

On commence ce jour là une série d'injections d'extrait thyroïdien 0 gr. 10 en injection sous-cutanée ; le soir, la température s'est un peu élevée, la diarrhée est plus abondante, l'enfant paraît extrêmement fatigué. Le poids baisse encore le lendemain 3.900 gr. L'état de l'enfant est si grave qu'on ne fait pas de nouvelle injection ce jour-là, on la fait le surlendemain. Le troisième jour une légère amélioration s'est dessinée, les selles sont moins liquides, mais surtout le regard est plus vif et l'appétit semble apparaître, le poids reste stationnaire puis remonte : en quatre jours du 20 au 24 octobre l'enfant gagne 300 gr. L'amélioration est manifeste, les selles sont moins liquides, mieux colorées, le bébé

boit tous ses biberons en entier (à raison d'une injection tous les deux jours, l'enfant a reçu cinq injections).

A ce moment un léger épisode infectieux se dessine (toux et coryza), bronchite légère. En raison de la fièvre on interrompt la série d'injections. Pendant quelques jours l'appétit est nul, la diarrhée plus liquide, l'enfant est à nouveau très fatigué, le poids retombe de 250 grammes en 6 jours. On repart avec un poids de 3.975 gr. L'enfant étant apyrétique on reprend le traitement thyroïdien le 29 octobre. A partir de ce moment chaque jour marque un progrès ; l'enfant s'éveille, cherche à soulever la tête, suit du regard les infirmières. On se garde d'augmenter encore la ration quoique tous les biberons soient bus avec appétit. Les selles s'améliorent pour devenir tout à fait normales. La courbe de poids après avoir été stationnaire pendant les 5 premiers jours suit une ascension presque verticale, à certains jours on enregistre des gains de 150-200-250 gr. même. On interrompt le traitement au bout de douze injections. La courbe thermique est absolument stabilisée, les troubles digestifs palliés, l'accroissement pondéral continue : 4.800 gr. le 11 novembre, 5.050 gr. le 2 décembre.

L'enfant quitte à ce moment la crèche pour la Fondation Parquet. Le gain a été de 1 kgr. 150 depuis le début du traitement dans l'espace d'un mois. Mais plus encore que l'augmentation de poids, fut remarquable dans ce cas la transformation psychique de l'enfant. Dès les premiers jours l'éveil de l'intelligence avait été manifeste, l'enfant s'était mis à sourire, à jouer avec ses mains, à manifester son contentement, son appétit ou sa colère. Il quitta le service absolument transformé, ses téguments commençaient

à se colorer ; son faciès misérable et simiesque à son entrée avait retrouvé des traits humains. Nous avons pu suivre notre petit malade à Parquet où ces progrès s'étaient affirmés.

Très bon résultat.

OBSERVATION XI

(Clinique des Enfants-malades A. 8660).

O... Georges, entré à la salle Husson le 4 juin 1929 âgé de 4 mois, né le 9 février 1929, à terme, pesant 2. 850 gr.

La mère reçut pendant sa grossesse une série de Novar.

L'enfant, étant donné cette circonstance, avait été considéré comme hérédosyphilitique et avait été soumis à des frictions mercurielles. Il est amené à l'hôpital pour des troubles digestifs fébriles. A son entrée le poids est de 3 kgr. 700, la taille 55 cm. Le foie est normal, la rate non perceptible. On ne décèle aucune trace de syphilis, ni cutanéomuqueuse, ni osseuse, ni viscérale. Le Wassermann est négatif, à deux reprises. L'enfant présente une pâleur extrême, anémie, peut-être d'ordre hérédospécifique, seul signe de présomption.

Formule sanguine :

Globules rouges.....	2.540.000
Globules blancs.....	4.000

Formule leucocytaire :

Poly neutro.....	27 %
Moyens mono.....	38 %
Lymphocytes.....	35 %
Hémoglobine.....	53 %

A son entrée l'enfant présente de la diarrhée verte, des vomissements, une température à 39°.

L'intensité de ces troubles interdit la mise en œuvre d'un traitement spécifique. La diététique habituelle est instituée : eau sucrée, puis babeurre — puis babeurre et lait condensé. Les selles s'améliorent, l'enfant paraît bien tolérer le lait, la température tombe.

Le 8 juin l'état de l'enfant est le suivant :

Poids 4 kgr. Température 37°. Assez bon appétit, pas de vomissements, deux selles jaunes un peu grumeleuses. L'épisode aigu a été facilement enrayé, le bébé semble en bonne voie désormais, pour récupérer son poids normal, sous l'influence d'une diététique appropriée.

L'état général se maintient quelques jours.

Le 13 juin, sans raison apparente et sans fièvre, les troubles réapparaissent : selles vertes glaireuses, au nombre de trois à quatre par jour, quelques vomissements. Malgré le régime (eau de riz, eau de chaux, kéfir) en dépit des injections de sérum glucosé (40 cc. par jour) les troubles gastro-intestinaux persistent ; le poids s'abaisse, l'état général décline.

Le 3 juillet l'enfant pèse 3 kgr. 600 et pendant tout le mois de juillet, la diarrhée verte et les vomissements restent rebelles à toute thérapeutique et à toute diététique ; tous ces troubles évoluent sans fièvre, amenant le malade à une cachexie sévère. On tente de donner successivement babeurre, bouillie maltée (qui améliore temporairement les selles), lait Maggi, lait condensé, sans succès.

Le 4 août, deux mois après son entrée, l'enfant pèse 3 kgr. 200 à l'âge de 6 mois.

Le 7 août on enregistre encore une légère perte, 3 kgr. 140 ; le bébé est dans un état désespéré ; sa tête reste inerte sur l'oreiller, son regard est terne ; il boit avec peine et rejette une grande partie de la tétée, sa peau est froide, d'une pâleur cadavérique et garde l'empreinte du pli ; l'aspect est squelettique.

On tente à ce moment le traitement thyroïdien, selon la technique habituelle du service ; l'enfant reçoit dix injections de 0 gr. 10.

Dans les premiers jours on n'observe pas d'amélioration, les vomissements persistent, les selles sont plus liquides, le poids tombe à 3.020 gr. le 12 août.

A partir de ce moment les selles s'améliorent, les vomissements s'espacent, l'appétit reparait légèrement, le poids augmente :

12 août.....	3.020 gr.
16 août.....	3.140 gr.
20 août.....	3.280 gr.
22 août.....	3.370 gr.

La reprise d'une deuxième série d'injections, le 23 août, semble marquer un léger arrêt dans l'accroissement pondéral, cependant les troubles digestifs sont nettement améliorés, l'état général de l'enfant est transformé.

On continue à donner des rations très petites, ces rations sont maintenues, au cours de la période qui suit, pendant laquelle l'augmentation du poids se dessine nettement.

1 ^{er} septembre.....	3.490 gr.
10 septembre.....	3.740 gr.
20 septembre.....	3.850 gr.
30 septembre.....	4.110 gr.

Les vomissements ont totalement disparu, les selles restent grumeleuses, souvent liquides. La diététique est menée avec une extrême prudence (7 tétées de 90 gr. dont deux biberons de babeurre et 5 biberons de bouillie maltée, contenant 1 cuillerée à café de lait condensé).

L'enfant supporte bien ce régime, il est absolument transformé, commence à s'éveiller et boit avec appétit. Son anémie n'est pas améliorée comme le prouvent plusieurs examens pratiqués durant son séjour.

Le 15 octobre il quitte l'hôpital, avec un poids de 4.450 gr² avec une taille de 0 m. 58, soit une augmentation de 1 kgr. 430 depuis le début du traitement thyroïdien.

L'enfant est revu dans le service le 15 décembre. Il a continué sa progression et n'a pas reçu de nouvelle série d'extrait thyroïdien. Les troubles digestifs sont désormais complètement amendés. L'enfant est vif, gai, remuant ; il pèse 5 kgr. 480. Il est âgé de dix mois, encore hypotrophique, il a très bon appétit et il paraît bien vivant.

Très bon résultat.

TROISIÈME GROUPE

OBSERVATION XII

(Due à M. le Dr Laederich)

F... Lucien. Né à terme le 29 novembre 1927, pesant 3 kg.

Enfant normalement constitué. Rien dans les antécédents héréditaires. Nourri au sein dans les premiers jours, puis, la mère n'ayant pas assez de lait et ayant de la fièvre, on complète les tétées avec du lait de vache (un ou deux bibe-

rons) coupé de moitié d'eau. L'enfant paraît bien supporter le régime au début. Le 15 décembre, poids de 3 kgr. 500.

A cette date, la mère et l'enfant entrent à l'hôpital, la mère présentant une phlébite de la jambe droite. Peu de jours après, les mêmes manifestations se reproduisent également à la jambe gauche. La mère et l'enfant sont reçus à Necker, salle Peter.

Peu de jours après son entrée, l'état de l'enfant commence à décliner, et des troubles digestifs apparaissent. Les selles deviennent diarrhéiques et glaireuses. L'enfant vomit et refuse le biberon. On supprime complètement le sein. On tente successivement : lait de vache, lait condensé, lait de femme. On soutient chaque jour le petit malade avec une injection de sérum physiologique de 50 cmc. La diarrhée persiste : selles vertes, très fétides. L'enfant se déshydrate et paraît très fatigué. La diarrhée est rebelle à toute thérapeutique. L'enfant paraît décliner rapidement.

Le 3 janvier, son poids est de 3 kgr.

On commence à ce jour les injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien : 0 gr. 05 les deux premiers jours ; 0 gr. 10 les jours suivants.

L'enfant reçoit 10 injections.

Dès le lendemain, en l'absence de toute autre thérapeutique, et sans changer en rien le régime alimentaire, les troubles digestifs s'améliorent : les vomissements disparaissent, la courbe de poids redevient ascendante, en même temps que l'état général se transforme. Le 23 janvier, l'enfant a dépassé le poids d'admission : 3 kgr. 575.

Les troubles digestifs ont complètement disparu. L'en-

fant continue à prospérer. Il est dirigé sur la pouponnière de Montreuil.

L'enfant revu dernièrement, âgé de 2 ans, est un magnifique bébé pesant 13 kgr.

Très bon résultat.

OBSERVATION XIII

(Clinique des Enfants-Malades) A. 7799.

L... Gilberte. Cette enfant est née le 28 décembre 1926, à terme, avec un poids de 3.600 gr. après un accouchement normal.

Elle a été nourrie par sa mère jusqu'à 6 jours, puis, successivement, au lait ordinaire, au lait condensé, et de nouveau au lait ordinaire.

Elle avait des vomissements, de la diarrhée et maigrissait.

Elle entre le 31 janvier, à 33 jours. Elle a une taille de 52 cm.; un poids de 3.470 gr. ; un rapport $\frac{P}{T}$ de 66.

Elle est très maigre. Sa peau est flasque, sa température est normale. Dans les 24 heures, elle a un ou deux vomissements, trois selles vertes très liquides.

L'examen des organes ne révèle rien de particulier. La cuti-réaction à la tuberculine et le B.-W. sont négatifs.

On donne de l'eau sucrée à 15 %, de l'eau de riz sucrée, puis du babeurre, et à partir du 3 février, du lait condensé sucré.

Les selles s'améliorent. Le poids, qui a d'abord diminué de 120 gr. augmente.

2 février.....	3.350 gr.
12 février.....	3.550 gr.

soit une augmentation de 200 gr. en 10 jours.

Les 13 et 14 février apparaît de la fièvre (38°5) qui persiste, en s'abaissant, jusqu'au 24. Elle est accompagnée de vomissements et de diarrhée.

Le poids tombe :

18 février.....	3.210 gr.
24 février.....	3.180 gr.

malgré les injections de sérum glucosé et la reprise du lait condensé sucré, après une diète hydrique passagère.

L'état général est très grave. La mort paraît imminente, cependant il n'y a pas d'azotémie : l'urée du L. C.-R. est de 0 gr. 21 et 0 gr. 28, les 16 et 26 février.

Le 25 février, on commence l'opothérapie thyroïdienne.

Jusqu'au 8 mars, on fait chaque jour, sous la peau, une injection d'1 cmc. d'un extrait thyroïdien contenant 0 gr. 10 de glande, soit au total 1 gr. 20.

Le poids s'abaisse à 3.140 gr. le 28 février, puis augmente et atteint 3.470 gr. le 10 mars. L'augmentation est de 330 gr. en 10 jours : 33 gr. par jour. L'état général est très amélioré, l'appétit bon. Les selles sont normales.

Bons résultats.

OBSERVATION XIV

(Clinique des Enfants-Malades) 37 7 900

B... Bernard. Entre à l'hôpital le 1^{er} août 1927, âgé de 4 mois et demi.

Cet enfant né à 8 mois, le 16 mars 1927, ne présente rien

d'autre à signaler dans ses antécédents. On ne connaît pas son poids de naissance. Il n'a jamais été au sein, mais il a paru, dans les débuts, assez bien supporter le lait concentré.

Il avait déjà fait dans le service, au début de juillet, un séjour d'une semaine pour des troubles digestifs. Il pesait à ce moment 3.850 gr., ces troubles avaient facilement cédé à la diététique habituelle. L'enfant avait été repris par sa famille.

Il est ramené le 1^{er} août. Depuis son premier séjour, il a été plusieurs fois changé de lait. Il semble avoir été mal réglé et mal alimenté. Il revient très amaigri, pesant 3.260 gr. avec une taille de 0 m. 57.

Le petit malade présente une diarrhée jaune, très liquide et fétide, des vomissements, pas de température. L'abdomen est déprimé. Les extrémités sont froides. La peau a perdu son élasticité. Le faciès est vieillot, fripé, la fontanelle déprimée. L'état général est très atteint. L'asthénie est extrême.

On soumet l'enfant, dès le 2^e jour, au traitement thyroïdien, car il semble bien s'agir d'un cas d'urgence. En même temps, on institue la diététique habituelle, et aucun autre médicament tonique que l'extrait thyroïdien.

Les selles restent liquides, pendant les 5 premiers jours de traitement, mais les vomissements disparaissent, et l'enfant très rapidement, présente une amélioration de l'état général et une reprise de l'appétit. On donne bouillies maltées et lait condensé, sans amener de réapparition de la diarrhée.

Le poids reste stationnaire, puis se met à augmenter à la fin du traitement :

10 août.....	3.300
15 août.....	3.540
21 août.....	3.920
25 août.....	4.000

soit une augmentation de 700 gr. en 10 jours, qui est obtenue sans augmentation de la ration alimentaire, sans aucune autre médication adjuvante, utilisée en pareil cas.

L'enfant est rendu à sa famille, tout à fait amélioré.

Très bon résultat.

OBSERVATION XV

(Clinique des Enfants-Malades). A. 7.705.

L. S... Odette. Entre à l'hôpital le 9 novembre 1926, âgée de 3 mois et demi.

Cette enfant est née le 30 juillet, à terme, pesant 2.950. L'accouchement fut normal. Il n'y a rien à signaler dans les antécédents.

Elle fut nourrie pendant 20 jours au sein, puis au lait de vache. Elle paraît avoir été correctement alimentée, et jusqu'à ces derniers temps elle supporta bien son régime.

Depuis trois jours, elle présente de la diarrhée et des vomissements. Une diète hydrique a été instituée depuis 36 heures, qui n'a pas amené d'amélioration. Les selles sont vertes. L'intolérance stomacale est complète.

L'examen à l'entrée révèle une hypotrophie légère, pondérale et staturale. A trois mois et demi : P. : 4 kgr. 220 ; T. : 0 m. 56.

L'examen somatique est absolument négatif : le foie et la rate sont normaux ; l'abdomen, non volumineux ; la déshy-

dratation n'est pas manifeste. Il n'y a pas de température.

Le régime habituel est ordonné : eau sucrée, eau de riz, babeurre; les désordres ne s'amendent pas. L'enfant continue à présenter des selles vertes et glaireuses. Le poids fléchit, tombe à 4.000. On ordonne des bouillies maltées et une injection quotidienne de 30 cmc. de sérum glucosé. Les selles ne sont pas modifiées. L'amaigrissement continue : 3.900 gr. le 17 novembre. L'enfant est abattue, très fatiguée. Elle boit péniblement quelques gorgées de son biberon, ne l'achève jamais.

On suspend à ce moment les injections de sérum ; et, sans changer le régime, on commence, ce jour, le traitement thyroïdien. La première journée, l'enfant présente deux vomissements. Les selles sont plus liquides, mais l'enfant est moins abattue, et paraît avoir un peu d'appétit. En quelques jours, son état s'améliore, et elle reprend du poids :

20 novembre	3.930
22 novembre	4.020
26 novembre	4.070
30 novembre	4.250

L'enfant quitte l'hôpital le 3 décembre, en bon état.

Bon résultat.

OBSERVATION XVI

(Crèche du Dr Jules Renault. Hôpital Saint-Louis).

L... Marcel. Cet enfant est né le 5 janvier 1929, avec un poids de 2 kgr. 500. Il a été nourri au sein pendant 21 jours, puis au lait Nestlé. Mis en nourrice, il présente à plusieurs

reprises de la diarrhée et des vomissements. A 7 mois, il arrive à peser 4.150 gr.

A cette époque, l'enfant est mis à la Pouponnière de Vau-cresson où il reste 3 mois, mais il manque d'appétit, présente des troubles digestifs rebelles qui s'aggravent au moment de l'éruption de la 1^{re} dent : élévation de température, manque total d'appétit. Il n'a pas de diarrhée.

L'enfant rentre le 27 novembre à l'hôpital. Il présente l'aspect d'un hypotrophique grave : grande pâleur, amaigrissement extrême, chevauchement des sutures, fontanelle petite et déprimée. Le foie et la rate sont normaux. L'état de la peau est normal. A l'entrée, le bébé pèse : 4.650 gr. Sa température est de 39°5. Il n'a pas de diarrhée.

On prescrit la diète hydrique et les enveloppements. La température s'élève le lendemain à 40°, puis s'abaisse. Les désordres gastro-intestinaux persistent : les selles sont vertes, glaireuses, très liquides. L'enfant est prostré, asthénique : il n'a plus la force de boire, il rejette une partie de son biberon.

On décide de le soumettre, le 2 novembre, au traitement thyroïdien : une dose de 0 gr. 05. En même temps, on tente une modification du régime et on donne du lait de vache à l'enfant. Mais la température s'élève, la diarrhée s'aggrave : quatre selles par jour tout à fait liquides.

Le poids s'abaisse à 4.200 gr.

On reprend le traitement le 9 novembre. A ce moment, l'enfant est à nouveau apyrétique.

L'appétit apparaît aussitôt. Les selles commencent à s'améliorer. Le poids augmente régulièrement :

9 novembre.....	4.200 gr.
11 novembre.....	4.350 gr.
13 novembre.....	4.530 gr.
15 novembre.....	4.630 gr.
17 novembre.....	4.700 gr.
20 novembre.....	4.770 gr.

On arrête les injections. L'enfant boit avidement. L'état général est transformé. Les selles sont normales, jaunes, homogènes. L'enfant ne vomit plus, il semble plus éveillé. Il quitte le service dans un bon état général. Bon résultat. .

OBSERVATION XVII

(Crèche du D^r Jules Renault. Hôpital Saint-Louis).

D... Yvette. Cette enfant est née le 7 mai 1929, avec un poids de 3.750 gr. Elle a été nourrie à l'allaitement mixte (lait Nestlé) depuis l'âge de 3 semaines: c'est un vomisseur floride.

Elle entre le 23 octobre 1929, âgée de 5 mois 1/2, avec un poids de 5.750 gr. pour une rhino-pharyngite avec toux suffocante. La température de 38° cède. Sauf ses vomissements, l'enfant ne présente pas de troubles digestifs.

La mère n'ayant plus de lait, on prend seulement l'enfant.

A partir du 24 octobre, les vomissements s'accroissent, un état subfébrile apparaît. Les selles deviennent plus nombreuses et liquides et enfin vertes. La mère, affolée, reprend l'enfant mais la ramène le lendemain avec une température de 41° et présentant un syndrome de choléra infantile.

On instaure la diététique habituelle et des injections de sérum physiologique et d'huile camphrée. L'enfant vomit et refuse le biberon. La diarrhée est très liquide, selles vertes fréquentes.

Le 13 novembre, avec un poids de 5.200 gr., on tente une injection d'extrait thyroïdien ; l'enfant est au plus mal. Le lendemain, les selles restent très liquides, mais le bébé boit mieux.

Le poids reste stationnaire pendant trois jours, puis se met à augmenter avec une amélioration très nette de l'état général :

17 novembre.....	5.310 gr.
20 novembre.....	5.370 gr.
24 novembre.....	5.450 gr.
26 novembre.....	5.520 gr.

L'enfant est reprise par sa mère, en bonne voie de guérison.

Elle a été revue le 15 décembre, où elle était en bon état.
Bon résultat.

OBSERVATION XVIII

(Crèche du Dr Jules Renault à l'hôpital Saint-Louis).

L... René. Né le 5 avril 1929. Très bel enfant à la naissance. Poids inconnu. Accouchement normal. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

L'enfant est mis en nourrice aussitôt après la naissance, avec son frère plus âgé d'un an.

Le 8 octobre, la mère ramène ses deux enfants qui sont, l'un et l'autre, malades et mal soignés. Le plus jeune entre à l'hôpital avec de la diarrhée verte.

Poids d'admission : 5.600 gr.

Taille : 0 m. 60.

L'enfant est légèrement hypotrophique : ses chairs sont

molles, son teint pâle. Il a un gros ventre dyspeptique. Pas de signes de rachitisme. Le foie et la rate sont normaux. La cuti réaction et le B.-W. sont négatifs.

Les premiers jours, l'enfant a de la fièvre : 38°5, 39°, qui s'abaisse à 37°5. Il présente une diarrhée verte très liquide, très fétide, et des vomissements : c'est le tableau de la gastro-entérite aiguë, plus rare au mois d'octobre, mais de pratique courante pendant les chaleurs.

Le traitement habituel est institué : les selles s'améliorent un peu, puis deviennent décolorées et glaireuses. L'intolérance stomacale est presque absolue, rebelle à la belladone et à la solution de Bourget.

Malgré les injections de sérum physiologique, la perte de poids est considérable, et atteint 600 gr. en 8 jours. L'enfant se déshydrate, les yeux s'excavent.

L'épisode infectieux semble terminé, mais l'enfant est épuisé. Il gémit faiblement. Le regard est vague et vitreux, indifférent. La tête retombe inerte et ballante. L'enfant semble mourant.

Le 20 octobre, on tente une injection de 0 gr. 05 d'extrait thyroïdien, injection qui est répétée tous les jours pendant quinze jours. Dès le lendemain, une amélioration se dessine. La perte de poids continue cependant encore trois jours : le poids atteint 4.800 gr. (soit une perte de 800 gr. sur le poids d'admission). Mais le bébé a un regard plus vif. L'appétit reparait, le biberon est accepté et bu en totalité. Les selles se colorent en jaune, restent grumeleuses, mais sont beaucoup moins fétides.

La convalescence est hors de doute, et l'accroissement pondéral va se dessiner :

Le 5^e jour, le poids atteint 4.975 gr.

Le 8^e jour, 5.175 gr.

Le 12^e jour, 5.300 gr.

Les troubles digestifs sont complètement amendés.

On peut essayer d'augmenter la ration : seulement à ce moment on porte à trois cuillerées à café la quantité de lait concentré par biberon.

La convalescence a suivi depuis une marche normale et l'enfant quitte l'hôpital le 5 décembre pesant 6.200 gr.

Très bon résultat.

CHAPITRE II

RÉSULTATS

La lecture de ces observations montre de véritables transformations chez des nourrissons dont l'état était jugé désespéré.

Cliniquement, ce qui se manifeste d'abord, et dans tous les cas, c'est :

La réapparition de l'appétit.

C'est le signe primordial observé par l'entourage. Rapidement aussi, mais d'une façon moins constante on note :

La sédation des troubles digestifs.

Pendant les premiers jours, il est possible, nous l'avons vu, d'observer quelques vomissements et surtout de la diarrhée. Nous pallions à celle-ci en donnant de l'eau de riz dans les biberons.

Au bout de quelques jours, les fonctions digestives reprennent un cours normal. Les selles sont mieux digérées, homogènes, non glaireuses. Cepen-

dant, dans les cas particulièrement chroniques et rebelles comme celui de l'enfant O... Georges (Observation XI) il faut s'attendre à une amélioration très lente, à des reprises de la diarrhée. On se gardera de vouloir augmenter trop vite les rations. On surveillera de très près le régime, se réglant sur l'appétit de l'enfant, sur l'état des selles, se tenant prêt à varier les aliments. A l'heure actuelle, l'arsenal diététique apporte au médecin une aide puissante. Tel enfant, ne digérant pas le lait, supportera les farines maltées, la soupe de Czerny, le babeurre ; pour tel autre, le lait de femme, ou à son défaut le lait d'ânesse, seront nécessaires pendant un certain temps. L'établissement d'un régime dans ces cas délicats, nécessitera des tâtonnements, une sollicitude attentive, chaque jour soutenue. L'œuvre de la berceuse, de la surveillante de crèche, est aussi immédiatement utile que celle du médecin.

L'apparition de l'appétit, la sédation plus ou moins complète des désordres gastro-intestinaux, amèneront une conséquence attendue :

La reprise du poids.

On constate des accroissements journaliers qui peuvent atteindre des chiffres énormes.

Pour les cas de troubles digestifs chroniques, chez des hypothrepsiques :

Accroissement de:

Obs. I (enfant de 3 mois).....	350 gr. en 18 jours
Obs. II (enfant de 3 mois).....	540 gr. en 5 semaines
Obs. III (enfant de 3 mois 1/2)..	920 gr. en 6 semaines
Obs. X (enfant de 9 mois).....	1.150 gr. en 4 semaines
Obs. XI (enfant de 7 mois).....	1.430 gr. en 8 semaines

Ces accroissements sont considérables pour des enfants dans un état antérieurement aussi précaire, et dont les troubles, la déperdition irrémédiable du poids, l'aggravation de la cachexie restaient rebelles à tout effort, depuis plusieurs semaines de « stabulation » à l'hôpital.

Les insuccès ne sauraient infirmer la valeur de la méthode.

L'état des malades est trop grave pour qu'on puisse s'étonner en voyant que tous les cas ne répondent pas d'une manière aussi heureuse. Nous croyons d'ailleurs, que nous n'avons pas guéri d'athrepsique vrai, mais plutôt que nous avons eu le bonheur à diverses reprises, de déterminer une amélioration rapide et décisive, au moment où le cap de l'athrepsie irrémédiable allait être doublé.

Pour les cas aigus, les progrès pondéraux, si considérables soient-ils sont à l'analyse moins frappants. Ils sont plus dans les possibilités habituelles. Quand le malade est entré dans la convalescence, ce qui doit retenir l'attention, c'est la rapidité avec laquelle il y est entré, après un épisode ausssi brutal qui, en général, laisse l'organisme du nourrisson hypotrophique absolument terrassé.

Reprise de poids de

Obs. XII (enfant de 5 semaines)....	575 gr. en 20 jours
Obs. XIII (2 mois).....	330 gr. en 10 jours
Obs. XIV (5 mois).....	700 gr. en 10 jours
Obs. XV (4 mois).....	350 gr. en 13 jours
Obs. XVI (5 mois).....	300 gr. en 12 jours
Obs. XVII (11 mois).....	500 gr. en 11 jours
Obs. XVIII (6 mois).....	1.400 gr. en 6 semaines

Nous insistons sur le fait que les gains enregistrés se sont maintenus chez le plus grand nombre de nos malades. Ceux-ci, revus ultérieurement, étaient de beaux enfants, hypotrophiques légers qui rattrapaient leur retard.

Dans presque tous les cas également des accroissements journaliers d'une amplitude extrême sont enregistrés tels qu'il est exceptionnel de les observer chez des nourrissons aussi gravement malades.

Amélioration rapide de l'état général.

La courbe thermique se stabilise, les oscillations avec clochers, correspondant à des aggravations des troubles gastro-intestinaux qui sont d'observation régulière chez ces cachectiques de crèches hospitalières s'espacent et disparaissent, le nourrisson devient monotherme.

Son aspect s'améliore, le pannicule adipeux réapparaît, le facies perd cette ressemblance simiesque si frappante, l'enfant prend figure humaine, son regard s'intéresse, ses expressions s'animent.

Le teint se colore, les chairs reprennent de la fermeté, la peau de l'élasticité.

On note en même temps au point de vue osseux un retour à la normale : les sutures crâniennes ne chevauchent plus, les fontanelles sont moins déprimées.

Le ventre antérieurement ballonné, dur, sillonné de veines collatérales devient plus souple.

Les fonctions de relation apparaissent, l'enfant est plus vif, plus gai, il fait quelques mouvements, puis essaie de s'asseoir et de se tourner dans son berceau. Il rit et commence à parler.

La vitesse de ces progrès est absolument remarquable, l'enfant semble rattraper ardemment le temps perdu. D'une semaine sur l'autre il est méconnaissable.

DISCUSSION DES RÉSULTATS ET INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE

La première objection qui nous sera donnée sera la suivante : « Les améliorations observées, sont de celles que l'on enregistre dans des cas où l'évolution est spontanément heureuse — même après une longue période de troubles digestifs. La mise en œuvre du traitement aura correspondu à cette phase d'amélioration et n'aura été qu'une simple coïncidence.

Nous répondrons que la grande majorité de nos malades était depuis plusieurs semaines à l'hôpital ; le cas de l'observation XI est particulièrement démonstratif : entré le 4 juin 1929, avec un poids de 3.700 gr., il pèse 3.200 gr. le 4 août, 2 mois après son entrée. Le traitement thyroïdien est institué le 7 août ; à partir de ce moment, on assiste à une reprise lente du poids, et à l'amélioration des troubles digestifs.

On nous objectera ensuite, que nos cas favorables étaient des inanitiés que nous avons simplement eu à relever d'un état de dénutrition et d'une cachexie curable par une bonne diététique. La lecture de nos observations suffit, à elle seule, à réfuter cette objection. Il est certain que

nos arguments sont seulement d'ordre clinique, car, si tant est qu'il existe désormais des « tests » de l'athrepsie, nous n'avons pu, à regret, pratiquer le métabolisme basal d'aucun de nos petits malades. Mais il faut cependant noter que ces enfants présentaient bien la réaction alimentaire paradoxale (qu'on admet également comme test). La même ration alimentaire, convenant à leur poids et à leur âge, qui, antérieurement au traitement présentait cette réaction paradoxale, a suffi à procurer un accroissement sensible par la suite.

Nous n'avons pas caché, d'ailleurs, que d'autres malades étaient demeurés insensibles, ou n'avaient subi qu'une amélioration éphémère.

Un troisième cause d'erreur pourrait exister, du fait que la ration alimentaire aurait été modifiée, ou augmentée. Nous nous sommes efforcés d'indiquer pour chaque cas particulier, le régime auquel était soumis l'enfant. Dans la première période du traitement *on n'apporta aucune modification à ce régime* (on pourra remarquer, d'ailleurs, que les rations données étaient très petites, comme il sied à des nourrissons si gravement débilités). Au bout de 10 à 12 jours, le régime a pu être enrichi, mais quand, l'appétit étant apparu, les troubles digestifs s'étant améliorés, il fut indiqué d'augmenter les rations.

Nous ajouterons pour répondre à une quatrième objection que pour tous nos malades, aucune autre médication ne fut instituée en même temps que

l'extrait thyroïdien. Nous avons éliminé les hérédosyphilitiques, pour parer à cette cause d'erreur. Pour les malades soumis aux injections de sérum, huile camphrée, adrénaline, et autres toniques dont l'emploi était justifié, vu la gravité de leur cas, nous avons tenu à supprimer toute médication autre que l'extrait thyroïdien.

Nous répétons que ces résultats sont d'autant plus probants que nous avons pris nos exemples, pour le plus grand nombre, en milieu hospitalier, milieu beaucoup moins favorable que celui des pouponnières ou des centres de puériculture où de splendides résultats peuvent être obtenus, par la simple diététique et l'hygiène.

INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE.

Nous ne saurions dissimuler que l'analyse des observations révélera quelques signes d'intolérance qu'il importe de connaître. La plupart de nos petits malades ont semblé dans les deux ou trois premiers jours du traitement présenter une diarrhée plus accusée. Nous avons pallié à cet inconvénient en coupant le lait avec de l'eau de riz ; en quelques jours ce trouble avait disparu. 1 ou 2 vomissements peuvent également apparaître.

Une légère poussée fébrile a pu être observée et déterminer l'interruption des injections (observation IV). De même, plus rarement a-t-on pu noter de l'agitation.

Nous n'avons pas décelé de troubles cardiaques.

Un fait que nous a communiqué M. le Dr Maillet doit retenir l'attention. L'un de ses petits malades traités par injections d'extrait a présenté après cessation de la série une brusque diminution de poids, 200 gr. en 24 heures, accompagnée de lipothymie. L'enfant reçut l'huile camphrée et adrénaline et le malaise ne fut que temporaire.

Peut-être y aurait-il à retenir de ce fait que la cessation brusque de cette médication administrée à forte dose peut occasionner une perturbation dans l'organisme. Il est préférable d'en diminuer progressivement le taux à la fin de la série.

Il importe de noter, qu'un cas de mort subite a été observé chez un petit malade traité à la Fondation Paul Parquet. Il s'agissait d'un hérédosyphilitique, en séjour à la Fondation depuis deux mois. Cet enfant avait reçu une première injection la veille, bien tolérée, et une seconde le matin de l'ictus. Nous ne pouvons voir dans ce fait qu'une simple coïncidence que nous n'avons pas voulu passer sous silence.

CHAPITRE III

RÉSULTATS DU TRAITEMENT TYROIDIEN PAR VOIE BUCCALE

Il est remarquable de constater que des améliorations également très intéressantes sont obtenues, en employant cette même médication, par voie buccale, et à doses dix fois moindres.

Les résultats de cette méthode ont fait l'objet de communications nombreuses. Nous nous permettrons cependant de présenter, à nouveau, quelques observations que nous devons à l'amabilité de M. M. Maillet, médecin chef du centre d'Hygiène Infantile (Fondation Paul Parquet). M. M. Maillet a bien voulu nous donner toutes facilités pour prendre connaissance de ses observations personnelles, et nous l'en remercions bien vivement.

La comparaison, avec les observations que nous avons présentées précédemment, sera délicate et ne pourra se faire pour tous les cas : ni l'athrepsique mourant, ni le nourrisson présentant des troubles aigus ne sont dirigés vers un centre d'Hygiène Infantile. Ceux-ci restent à l'hôpital. Les exemples que nous allons présenter seront donc seulement comparables avec quelques malades de notre pre-

mier groupe, et avec tous ceux du deuxième. Il faudra également tenir compte des conditions particulièrement favorables pour l'hygiène et les soins qui sont réalisées dans l'admirable Fondation de Mme Paul Parquet, conditions qui ne peuvent malheureusement être reproduites à l'hôpital.

Nous avons, dans les dossiers de ces deux dernières années, recueilli 19 cas de nourrissons non hérédo-syphilitiques, hypothyroïdiques ou hypotrophiques graves.

Sur ces 19 cas, traités par l'extrait thyroïdien, 13 ont donné des résultats excellents; nous en présentons les observations. Les 6 autres sont incertains ou négatifs.

Si nous les comparons avec les observations de nos deux premiers groupes, traités par voie hypodermique, nous avons :

A l'hôpital, 11 cas ; 8 succès (dont certains obtenus chez des malades désespérés).

A Paul Parquet, 19 cas ; 13 succès.

La première méthode s'exerçant dans des conditions moins bonnes, et pour des cas plus graves, nous estimons qu'elle doit être considérée comme plus sûrement efficace.

La lecture de l'observation V montre le cas d'un enfant traité alternativement par les deux méthodes; il est manifeste que l'effet stimulant était plus utile, et plus rapidement obtenu, quand on employait le mode des injections.

Dans chacune des deux méthodes, l'observation clinique révèle les mêmes progrès dans l'état de l'enfant :

Apparition de l'appétit ;

Amélioration des troubles gastro-intestinaux ;

Transformation de l'état général ;

Progrès dans la vie de relation.

Le tableau ci-contre met en lumière, avec quelle netteté, l'accroissement pondéral obtenu sous l'effet du traitement, accroissement qui est durable, non suivi d'une période de ralentissement, ou d'amaigrissement.

Les signes d'intolérance nous paraissent plus rares, quand on administre l'extrait par voie digestive.

ACCROISSEMENT PONDÉRAL OBTENU SOUS L'EFFET DU TRAITEMENT PAR VOIE BUCCALE

N ^{os} d'observations	Moyenne d'accroissement journalier avant le traitement	Moyenne d'accroissement journalier pendant le traitement
XVIII	13 gr.	29 gr.
XIX	11 gr.	56 gr. 5 (1 ^{re} série) 45 gr. (2 ^e série)
XX	11 gr.	45 gr. 5
XXI	20 gr.	36 gr. 5 (1 ^{re} série) 37 gr. 5 (2 ^e série)
XXII	13 gr.	30 gr.
XXIII	11 gr. 5	33 gr.
XXIV	10 gr.	48 gr.
XXV	4 gr.	40 gr.
XXVI	13 gr.	35 gr.
XXVII	13 gr.	37 gr.
XXVIII	11 gr.	33 gr.
XXIX	12 gr.	27 gr.
XXX	26 gr.	46 gr. 5

OBSERVATION XVIII

A... Charles, né le 26 juin 1928. Poids de naissance 2 kg.350 (enfant prématuré).

Entre à la Fondation le 15 mars 1929, âgé de 8 mois 1/2. Poids 4.590. Taille 60 cm.

Hypotrophique grave avec dénutrition. Rachitisme avec chapelet costal très marqué ; ni foie, ni rate. Convalescent d'une broncho-pneumonie traînante, enfant spasmodique ayant reçu à Trousseau des rayons U.-V. qu'on a dû interrompre pour fièvre et vomissements.

Du 15 au 31 mars, est mis au traitement thyroïdien.

Extrait thyroïdien 0,01, par voie buccale, une prise quotidienne.

Régime alimentaire : farine lactée, bouillies maltées, inchangé pendant toute la durée de son séjour.

Accroissement pondéral du 15 au 31 mars : 440 gr.

Accroissement comparatif pendant les périodes suivantes, sans modifications du régime alimentaire :

Mois d'avril (reçoit stérogyl, frictions mercurielles et adrénaline) : 330 gr.

Mois de mai (reçoit bioplastine) : 285 gr.

Mois de juin (reçoit tréparsol par voie buccale) : 585 gr.

Poids le 30 juin 6.230 gr. L'enfant quitte la Fondation encore hypotrophique, mais grandement amélioré.

OBSERVATION XIX

O... Jacques, né le 14 février 1928.

Entre le 6 juillet 1928, âgé de 4 mois 1/2. Poids 3.570.
Taille 0,57.

Convalescent d'une coqueluche avec otite double dont l'écoulement persiste.

Hypothrepsique du 1^{er} degré, abcès multiples de la peau, état de misère physiologique. Cuti : 0.

Troubles digestifs tenaces, selles grumeleuses, tendance à la diarrhée, selles vertes fréquentes.

Régime alimentaire qu'on doit maintenir; babeurre, additionné d'une faible quantité de lait concentré.

Pendant les 10 premières semaines du séjour, l'otite persiste, et les troubles digestifs. L'accroissement est lent : 800 gr. pendant cette période.

Le 17 septembre, sans rien changer au régime, on commence le traitement thyroïdien, 0 gr. 01 par voie buccale, une prise quotidienne pendant 10 jours.

Accroissement pondéral pendant cette période : 565 gr. et les troubles digestifs s'améliorent nettement.

L'augmentation de poids se poursuit, plus lente après l'arrêt du traitement, l'état général est en progrès.

Le 24 octobre, on reprend le traitement thyroïdien, le gain pendant la période de 10 jours est de 450 gr.

L'amélioration s'affirme, malgré la persistance de l'otite ; l'état du tube digestif permet de donner des rations plus fortes.

L'enfant quitte la Fondation le 10 janvier, pesant 7.750 gr.

OBSERVATION XX

E... Stavo, né le 19 mai 1928. Poids de naissance 3 kgr.

Entre le 7 décembre, âgé de 6 mois et demi, pesant 3.935.

T. : 0,56.

Entre pour troubles digestifs persistants ; a fait un long séjour à l'hôpital, sans amélioration.

Hypothrepsique du deuxième degré. Gros ventre, dyspeptique. Grande pâleur, ni foie, ni rate.

Régime : babeurre, farine lactée.

Traitement de début : frictions mercurielles. Rayons U. V.

Les progrès sont très lents, bien que les troubles digestifs se soient améliorés.

Le 24 décembre, on institue le traitement thyroïdien, selon la méthode habituelle ; gain pondéral : 455 gr. pendant la période du traitement, avec une sédation complète des troubles digestifs.

La progression continue, l'enfant quitte la Fondation le 11 février, en bon état, pesant 5.715.

OBSERVATION XXI

M... Paulette, née le 9 décembre 1928. Poids de naissance 2.870.

Entre le 8 mars 1929, âgée de 3 mois, pesant 3.065.

W. : 0. C. : 0. Hypothrepsique du 2^e degré. Fontanelle très étroite, veines du crâne saillantes.

L'enfant est alimentée au babeurre et à la soupe de Czerny, reçoit du sérum de Ringer ; son état s'améliore : gain du

1^{er} mois : 600 gr., puis le poids devient stationnaire, malgré l'absence de troubles digestifs.

Le 11 avril, on commence le traitement thyroïdien, le gain est de 365 gr. pendant les 10 jours de traitement.

En mai, épisode infectieux, bronchite, coryza diphtérique, en juin, amélioration lente de l'état général, reprise lente du poids qui atteint 4.730 gr. à l'âge de 7 mois.

Le 2 juillet, reprise d'une deuxième série d'extrait thyroïdien, gain de 375 gr. qui coïncide avec un progrès très net dans l'état général, l'enfant quitte la Fondation le 20 juillet, pesant 5.430 gr.

Morte ultérieurement de broncho-pneumonie à l'hôpital.

OBSERVATION XXII

C... Huguette, née le 30 octobre 1928. Poids de naissance 3 kgr.

Entre à la Fondation le 8 février, âgée de 3 mois et demi, pesant 3 kg. 160. Taille 0,55.

Hypothrepsique du 2^e degré, vomisseur habituel. W. : 0. A séjourné 6 semaines à l'hôpital où elle n'a pas pris de poids. A l'entrée, vomissements ; selles grumeleuses.

Régime : lait au roux. Traitement : lactate d'hydragyre, lait au roux. Gain du premier mois : 270 gr.

Le 1^{er} mars, on commence le traitement thyroïdien. Gain pendant les 10 jours de traitement : 300 gr. Amélioration manifeste des troubles digestifs. L'accroissement continue, très satisfaisant, après la série. L'enfant quitte la Fondation le 19 avril pesant 4.665 gr.

OBSERVATION XXIII

H... René, né le 27 mars 1929. Poids de naissance 4 kgr.

Entre le 2 août, âgé de 4 mois, pesant 4.550. T. : 0,60.

Hypothrepsique par dyspepsie et troubles digestifs du sevrage. Mis au babeurre La diarrhée et les glaires persistent, rebelles à l'eau de chaux, au gélo-tanin, à l'eau de Bourget. Reçoit en outre, du sérum de Ringer et du Bioplastma.

Le 25 septembre, après 7 semaines de séjour, le poids est à 5.125, soit un gain de 575 gr.

Le 27 septembre, début du traitement thyroïdien.

Gain pondéral de 330 gr. en 10 jours de traitement, cet accroissement se maintient :

8 octobre. Poids.....	5.455
25 octobre. Poids.....	5.800

soit en somme une augmentation de 675 gr. en un mois sous l'influence du traitement.

L'enfant a fait de grands progrès, il mesure 64 cm. 1/2, son aspect est floride, l'hypotrophie subsiste légèrement.

OBSERVATION XXIV

R... Andrée, née le 13 mars 1929. Poids de naissance : 4.200 gr.

Entre le 30 juillet, âgée de 4 mois et demi. Poids : 4.180. T. : 0,55.

Hypotrophique par dyspepsie au lait de vache, avec dénutrition. Pas de signes de Σ . Cuti : 0.

Vomissements et diarrhée. Rhinopharyngite avec poussées thermiques.

L'enfant est mise au babeurre et au lait sec, puis à la farine de riz. Les selles s'améliorent, le poids s'accroît : 130 gr. le premier mois ; 660 gr. le deuxième mois.

On commence l'extrait thyroïdien le 2 octobre.

Gain : 730 gr. en 15 jours, suivi d'une augmentation de 500 gr., après la cessation de la série.

Soit un accroissement pondéral de 1.230 gr. le 3^e mois.

OBSERVATION XXV

P... Thérèse, née le 10 mai 1929. Poids de naissance inconnu.

Entre le 12 juillet âgée de 2 mois. Poids : 3.285. T. : 53 cm. /2.

Enfant débile, présentant une malformation anale (cloaque). W. : 0. C. : 0.

Régime lait concentré. Traitement au début : frictions mercurielles. Le poids augmente, puis fléchit, l'enfant présente en août, des signes de congestion pulmonaire qui s'amendent. L'enfant s'alimente mal, vomit, les selles sont fétides et grumeleuses, le poids reste aux environs de 3.500.

Le 5 septembre, début du traitement thyroïdien.

Gain, pendant le traitement : 400 gr.

Les troubles digestifs s'amendent, l'enfant s'alimente mieux, l'état général s'améliore :

Le 30 septembre. P. 4.145 gr.

Le 15 octobre. P. 4.420 gr

L'enfant quitte la Fondation le 18 octobre. T. : 57 cm 1/2.
Hypotrophique floride.

OBSERVATION XXVI

D... Geneviève, née le 15 janvier 1929. Poids de naissance inconnu.

Entre le 21 juin âgée de 5 mois. Poids : 4.040. T. : 0,57.

Hypotrophique avec dyspepsie au lait de vache. Abscès certains multiples. Rate perceptible, dure. W. : 0. C. : 0

Régime : lait au roux, puis lait condensé.

Au bout de 20 jours, le poids est à 4.305 gr. Gain de 265 gr. depuis l'entrée.

On commence le 10 juillet le traitement thyroïdien.

Gain pendant la période des dix jours de traitement : 350 gr.

Les troubles digestifs sont amendés et la croissance de l'enfant se poursuit normalement.

12 août, brusque ascension thermique avec diarrhée cholériforme, morte le 14 août de gastro-entérite suraiguë.

OBSERVATION XXVII

D... Albert, né le 9 février 1929. Poids de naissance : 2.790 (à terme).

Entre le 10 mai, âgé de 3 mois. Poids : 3.660. T. : 52 cm. 1/2.
Cuti : 0. W. : 0.

Hypotrophique. Dyspeptique à gros ventre, envoyé pour diarrhée qui persiste depuis le sevrage, à l'âge de 3 semaines.

Pendant les 15 premiers jours, reçoit babeurre et lait au roux, le poids passe à 3.850 gr. soit 190 gr. en 15 jours.

Le 27 mai, début du traitement thyroïdien, le poids passe à 4.220 gr. soit un gain en 10 jours de 370 gr. correspondant avec une amélioration des selles, la progression continue.

Poids le 25 juin : 4.970 gr., soit un gain de 775 gr.

L'enfant quitte la fondation, le 15 novembre, pesant 6.105 gr. P. : 0,68 encore hypotrophique mais floride.

OBSERVATION XXVIII

R... Monique, née le 3 juillet 1928. Poids de naissance : 3.130.

Entre à la Fondation le 15 mars 1929, âgée de 8 mois 1/2, pesant 5.285.

Taille : 0,63. Hypotrophique grave avec rachitisme.

C. : 0. Dyspepsie au lait de vache.

Régime : farine lactée, bouillies maltées. Le poids augmente lentement et passe à 5.450 gr. au bout de 15 jours.

Le 1^{er} avril, on institue le traitement thyroïdien. Le poids atteint 5.770 gr. le 10, soit 330 gr. d'augmentation en 10 jours, coïncidant avec un meilleur appétit.

Mais cette amélioration ne se maintient pas, les troubles digestifs réapparaissent, l'appétit est nul, l'enfant reste stationnaire et ses progrès sont très lents. Elle quitte la Fondation le 3 juin, âgée de 11 mois, pesant 6.350 gr.

OBSERVATION XXIX

R... Serge, né le 26 juin 1928. Poids de naissance à terme : 2.550.

Entre le 1^{er} février 1929, âgé de 7 mois, pesant 5.150.

Vient de l'hôpital Bretonneau où il a été soigné pour otite purulente. Hypotrophique avec rachitisme et gros ventre.

Régime : farine lactée, lait au roux.

L'enfant prend lentement du poids.

Gain du 1^{er} mois : 225 gr.

Gain du 2^e mois : 495 gr.

On commence le 3 avril le traitement thyroïdien.

L'enfant reçoit 12 injections. Son poids passe de 5.820 gr. à 6.156 gr.

Soit 330 grammes en 12 jours.

Sortie de la Fondation le 26 avril, très amélioré.

P. : 6.300. T. : 63 cm. à l'âge de 10 mois.

OBSERVATION XXX

T... Roger, né le 15 mars 1928. Poids de naissance inconnu.

Entre le 26 octobre, âgé de 6 mois, pesant 4.530. T. : 0,61. Hypotrophique grave. Rachitique à gros ventre. Pâleur. Hyposthénie. C. : 0. W. : 0.

Régime : lait ordinaire, farine lactée. Traitement adjuvant bioplastina. Sérum de Ringer, extrait pancréatique.

Le 30 novembre le poids atteint 5.330 gr. L'enfant est déjà grandement amélioré. La progression continue.

Poids le 15 décembre 5.800. On commence le 27, avec un poids de 6.095 gr., un traitement par l'extrait thyroïdien. Gain pendant les dix jours de traitement : 465 gr. en dix jours, soit un poids de 6.530. Mais l'accroissement dans ce cas est moins frappant, étant donné le grand bénéfice que ce petit malade avait tiré de son séjour à la Fondation, depuis le bébé. Il en part le 18 janvier âgé de 10 mois, pesant 5 855, encore hypotrophique, mais dans un bon état général et digestif.

CHAPITRE IV

POSOLOGIE

Les doses employées nous ont paru les doses utiles.

La posologie des deux modes d'administration est bien différente.

Par voie hypodermique il faut atteindre la dose de cinq centigrammes (soit une demie ampoule d'une solution titrée à 10 centigrammes pour 1 cmc.).

Des essais de doses moindres ne nous ont pas semblé actives. On connaît d'ailleurs la faible susceptibilité des nourrissons cachectiques à l'égard des drogues et combien ils supportent des doses élevées qui donneraient des signes d'intolérance chez un enfant plus âgé ou mieux portant.

On commencera par une injection de cinq centigrammes avant la tétée, de préférence.

Si l'enfant ne présente pas de signes d'intolérance, on en pratiquera une semblable le lendemain.

A la troisième injection on atteindra dix centigrammes. On fera une série de 10 à 12 injections, en se tenant prêt à interrompre en cas d'alerte.

Il sera bon, huit jours après, de recommencer une

deuxième série en pratiquant d'emblée une injection de 10 cgr. Si les progrès restent lents, on pourra soumettre le malade à une troisième, puis une quatrième série.

Mais nous croyons préférable, à ce moment, quand on a pu pallier aux menaces d'athrepsie, après une deuxième série d'injections de soumettre l'enfant à un repos de deux à trois semaines, puis d'instituer un traitement par voie buccale.

La posologie de ce deuxième mode est bien connue : la dose de un centigramme, qui peut être élevée à un et demi, et deux, est administrée impunément, sans accidents, pendant dix à douze jours.

Pendant tout ce traitement, les plus grands soins de diététique seront observés, adjuvant indispensable à la thérapeutique du nourrisson.

CONCLUSIONS

1° L'extrait thyroïdien, tant par voie buccale que par voie sous-cutanée, nous paraît avoir une action stimulatrice indéniable, dans les états de cachexie des nourrissons ;

2° Cliniquement ses effets se manifestent sur :

la réapparition de l'appétit ;

la sédation des troubles digestifs ;

la reprise du poids ;

la transformation de l'état général ;

3° L'accroissement pondéral est dans certains cas, si rapide et si considérable, qu'on est en droit de supposer que l'extrait thyroïdien exerce une action régularisatrice sur les échanges nutritifs ;

4° Son emploi par voie buccale nous paraît indiqué, dans les cas d'hypotrophie, où l'état général tire un bénéfice insuffisant, des conditions d'hygiène générale et de diététique qui sont faites au malade ;

5° Son emploi par voie sous-cutanée trouvera ses indications :

Dans les états d'hypothrepsie et d'athrepsie ;

Dans les états de cachexie rapide, consécutifs à des troubles aigus.

Ces indications nous paraissent donc relever surtout des cas d'urgence. En milieu hospitalier, on le préférera au mode par ingestion. Son action, pour être efficace, demande l'emploi de doses élevées, cinq et dix centigrammes ;

6° L'emploi de ces doses élevées pourra être fait impunément à condition de surveiller étroitement :

L'élévation thermique ;

L'agitation ;

Les troubles gastro-intestinaux ;

Les troubles cardiaques,

et d'interrompre le traitement en cas d'alerte ;

7° Ces réserves faites, l'effet remarquablement tonique et stimulant de cette médication, en fait un adjuvant de premier ordre, dans des cas d'apparence désespérés, dont l'évolution heureuse peut servir d'exemple et d'encouragement pour vulgariser l'emploi de la méthode.

Vu : le Président de thèse,
NOBÉCOURT.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Alezais et Mattei.* — L'atrophie thyroïdienne chez les athrepsiques (Réunion biologique de Marseille, 16 décembre 1913 (in compte-rendu de la Société de Biologie, LXXV, p. 667).
- Combe.* — Les maladies gastro-intestinales aiguës des nourrissons. Paris, 1913.
- Finkelstein.* — Lehrbuch der Sanglingskrankheiten, 3^e édition. Berlin, 1924.
- Fouet.* — Le métabolisme basal du nourrisson. Thèse Paris, 1924.
- Grancher, Comby et Marfan.* — Traité des maladies de l'enfance. Article Athrepsie.
- Hatinel (Pr) et Maillet (M.).* — Dystrophies glandulaires (Annales de médecine, 1921, t. X).
- Lesage.* — L'athrepsie. L'atrophie des nourrissons, ses limites. (Paris médical, 6 décembre 1913).
- Essais sur les atrophies des nourrissons (Méd. infantile, février 1924).
- Lévy (Léopold).* — Rapport sur l'opothérapie (Société de médecine de Paris, 10 juin 1921 ; cf. Presse Médicale, 1921).
- Lusk.* — The Physiological effect of undernutrition (Physiological Revue, t. I, page 523, 1921).
- Lesné.* — Médication thyroïdienne et nourrissons hypertrophiques (Bull. général de thérapeutique, Paris, 1922).
- A propos du traitement de l'hypothrepsie et de l'athrepsie (Bull. Pédiatrie, novembre 1926).
- Lemaire.* — Les états de dénutrition de la première enfance. Etude clinique et anatomique (5^e Congrès des Pédiatres de langue française ; Société de Pédiatrie de Paris, 9 novembre 1926).
- Mattei.* — Thèse Montpellier, 1914.

Lévy (Max). — Etude sur la cachexie des nourrissons. Thèse de Paris, 1926. Jouve éditeur.

Marfan. — Sur l'athrepsie (Presse Médicale, 18 avril 1896).

- Les affections digestives de la première enfance. Paris, 1923.
- Clinique des maladies de la première enfance. Article : Débilité congénitale. Paris, 1926.
- Sur la définition de l'athrepsie. Sa prophylaxie par le régime alimentaire et l'hygiène (Société de Pédiatrie novembre 1926).

Maillet (M.). — L'azotémie des nourrissons. Thèse de Paris, 1913.

- L'opothérapie thyroïdienne chez certains nourrissons arrêtés dans leur développement (Monde Médical, 15 septembre 1922).
- L'opothérapie thyroïdienne chez certains nourrissons hypotrophiques (Bulletin de la Société de Pédiatrie, février 1922).
- La médication thyroïdienne chez certains nourrissons arrêtés dans leur développement (Société de thérapeutique, 1922).

Moreau. — Contribution à l'étude de la thyroïdothérapie chez le jeune enfant. Posologie de l'extrait thyroïdien. Thèse de Paris, 1924.

Mouriquand (Pr). — Rapport sur l'étiologie, pathogénie et traitement de l'athrepsie. Destiné au Ve congrès des pédiatres de langue française (Bulletin Société de Pédiatrie, 9 novembre 1926).

Morelli. — Contributo alla conoanza della patogenesi dell atrofia infantile (Sperimentale. Archives de biologie LXXXII, 1928).

Nobécourt (Pr). — Rapport au congrès de l'Association française de Pédiatrie, 1914 (empêché par la guerre).

- Hypotrophies et cachexies des nourrissons. Etiologie. Physiologie pathologique. Anatomie pathologique. Pathogénie (Archives de médecine des enfants, 1916).
- Considérations sur les cachexies des nourrissons pendant les premiers mois de la vie (Archivos Brasileiros de médecine, novembre et décembre 1916).
- Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse. Flammarion, 1923.

- Etude clinique des hypotrophies de l'enfance (Monde Médical, 1925).
- Précis de médecine des enfants. Paris, Masson éditeur, 1926.
 - Clinique médicale des enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance. Paris, Masson éditeur, 1926.
 - L'opothérapie thyroïdienne à hautes doses dans les états de dénutrition, et l'athrepsie du nourrisson (Leçon clinique, 12 mars 1927 ; Concours médical, 5 juin 1927).
- Nobécourt (P^r) et Lévy (Max).* — L'insuline dans l'athrepsie (Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris ; séance du 17 juillet 1925).
- Les injections d'extrait thyroïdien à hautes doses dans certaines cachexies des nourrissons (Bulletin, Société de Pédiatrie, 9 février 1926).
 - Les inyecciones de insulina y de extracto tiroideo a altas dosis en las cachexias de los lactantes (Los Prognosis de la clinica, XXXIV, novembre 1926).
 - Iniezioni di insulina e di estratto tiroideo ad alte dosi nelle cachexie dei lattanti (Terapia contemporanea, novembre 1926).
- Nobécourt (P^r) et Maillet (M.).* — La thérapeutique du nourrisson en clientèle. Paris, Maloine (2^e édition), 1927.
- Parrot.* — L'Athrepsie, 1877.
- Ribadeau-Dumas.* — Troubles digestifs à évolution lente et chronique. Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, XXIV, p. 654. Maloine, éditeur.
- Simpson (J.-M.).* — British Medical Journal, 30 avril 1910.
- Thiercelin.* — Athrepsie (In Grancher-Comby-Marfan (Traité des maladies de l'enfance, t. II, page 290, 1904).
- Tixier (Léon).* — Comment guérir les nourrissons athrepsiques et hypotrophiques (Monde médical, décembre 1927).
- Toper et Cohen.* — Effect of thyroid therapy on children (American journal disease of children, XXXV, février 1928).
- Uthelm.* — Troubles chroniques graves de la nutrition dans l'enfance (The journal of metabolic research, juin 1922).
- Vallery-Radot.* — Thèse Paris, 1921.
- Variot.* — La croissance chez le nourrisson. Paris, 1925.

